

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

Contact : portail-publi@ut-capitole.fr

LIENS

Code la Propriété Intellectuelle – Articles L. 122-4 et L. 335-1 à L. 335-10

Loi n°92-597 du 1^{er} juillet 1992, publiée au *Journal Officiel* du 2 juillet 1992

<http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg-droi.php>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse I Capitole

Droit privé

Présentée et soutenue par :

ATOUI Kassem

Le 05 mars 2016

VERS UNE GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ OBLIGATOIRE AU LIBAN À LA LUMIÈRE DE L'EXPÉRIENCE FRANÇAISE

JURY

*Monsieur Thierry TAURAN, Maître de conférence - HDR, Université de Lorraine
Monsieur Ali RAHAL, Maître de conférence - HDR, Université Libanaise
Monsieur Guillaume BEAUSSONIE, professeur, Université de Toulouse 1 capitole
Monsieur Didier KRAJESKI, professeur, Université de Toulouse 1 capitole*

**Ecole doctorale : Sciences juridique et politiques
Unité de recherche : EA 1919 - IEJUC - Institut des Etudes Juridiques de
l'Urbanisme, de la Construction et de l'Environnement**

Directeur de Thèse :
Monsieur le Professeur Didier KRAJESKI

« L'université n'entend ni approuver ni désapprouver
les opinions particulières du candidat »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer à Monsieur le Professeur Didier KRAJESKI ma profonde reconnaissance pour avoir accepté de diriger cette thèse, mais surtout pour m'avoir guidé tout au long de mes recherches et inspiré ma réflexion. Je le remercie sincèrement pour ses précieux conseils, minutieuses relectures et sa grande disponibilité.

J'adresse mes sincères remerciements et ma reconnaissance à Monsieur Thierry TAURAN et Monsieur Ali RAHAL qui ont accepté d'être rapporteurs et membres de mon jury.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur le professeur Guillaume BEAUSSONIE que me fait l'honneur de présider mon jury.

Je remercie infiniment ma chère Sally YAZBECK pour l'aide et le soutien qu'elle m'a accordés tout au long de la réalisation de ma thèse.

En fin, je remercie mes parents et mes sœurs pour leur sacrifice, ainsi que tous mes amis pour leur présence et leur encouragement.

*À mes parents,
Abdul Hamid et Chahinda ATOUI*

**VERS UNE GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITÉ OBLIGATOIRE AU LIBAN
À LA LUMIÈRE DE L'EXPÉRIENCE FRANÇAISE**

« Ce n'est pas la richesse qui manque dans le monde c'est le partage »

Proverbe chinois.

« La sécurité sociale pour être totale doit s'appliquer à toutes les catégories de la population. La sécurité sociale pour être efficace, doit reposer sur une solidarité nationale. Tout le monde doit participer à ses charges dans la mesure de ses moyens ... »

Pierre LAROQUE, directeur générale des assurances sociales en France, allocution prononcée à l'inauguration de la section « Assurances sociales » de l'École nationale d'organisation économique et sociale, le 23 mars 1945.

SOMMAIRE.

INTRODUCTION GÉNÉRALE.	17
PREMIÈRE PARTIE : UNE GÉNÉRALISATION PROGRESSIVE DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS « MALADIE-MATERNITÉ ».	31
<i>Titre 1 : La succession d'influences sur les systèmes de sécurité sociale.</i>	35
Chapitre 1 : De la loi Bismarckienne à nos jours, en passant par le rapport de Beveridge.	37
Section 1 : Du principe professionnel au principe universel.	38
Section 2 : Vers un droit fondamental de l'homme.	54
Chapitre 2 : La sécurité sociale dans les lois française et libanaise.	71
Section 1 : Systèmes mixtes : des objectifs Beveridgiens avec des moyens Bismarckiens.	71
Section 2 : l'universalisation de la couverture maladie-maternité.	93
<i>Titre 2 : l'organisation de la branche « maladie-maternité »: Assujettissement et prestation.</i>	107
Chapitre 1 : un système obligatoire basé sur le principe de résidence, avec une modalité d'assujettissement selon des critères socioprofessionnels.	109
Section 1 : Le régime général.	109
Section 2 : Les autres régimes sociaux.	127
Chapitre 2 : Dans la perspective d'une couverture complète et uniforme à toute la population.	147
Section 1 : Les prestations en nature.	147
Section 2 : les prestations en espèce.	169
DEUXIÈME PARTIE : LE MODE DE FINANCEMENT ADAPTÉ À LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE « MALADIE-MATERNITÉ ».	183
<i>Titre 1 : Les cotisations sociales : un mode de financement d'un système professionnel.</i>	187
Chapitre 1 : La généralisation du mode de financement par cotisation.	189
Section 1 : Les cotisations sociales des régimes des salariés.	189
Section 2 : Les cotisations sociales des autres assujettis.	210
Chapitre 2 : l'ajustement du mode de financement par cotisations à la généralisation de la couverture.	227
Section 1 : l'évaluation du mode de financement par les cotisations sociales.	227
Section 2 : l'évolution du mode de financement par les cotisations sociales.	234
<i>Titre 2 : La fiscalisation : un mode de financement compatible à un système universel.</i>	255
Chapitre 1 : les principaux instruments du processus de fiscalisation.	257
Section 1 : La contribution sociale généralisée.	257
Section 2 : La contribution au remboursement de la dette sociale.	272
Chapitre 2 : La fiscalisation appliquée à titre subsidiaire.	285
Section 1 : Les taxes pénalisantes les comportements coûteux.	285
Section 2 : Les taxes responsabilisant les activités en relation directe avec l'assurance maladie.	297
CONCLUSION GÉNÉRALE.	307
BIBLIOGRAPHIE	313
IDEXE DE JURISPRUDENCE	329
TABLE DE MATIÈRES	337

TABLE DES ABREVIATIONS.

A.C.O.S.S	Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
Aaexa	Assurance accident des exploitants agricoles.
A.J.A.P.	Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.
Al.	Alinéa.
A.L.D.	Actualité législative Dalloz.
Amexa.	Assurance maladie des exploitants agricoles.
Art.	Article.
Ass. Plén.	Assemblée plénière de la cour de cassation.
B.E.R.	Les bassins d'emploi à redynamisation.
Bull.	Bulletin des arrêts de la cour de cassation.
C. Civ.	Code Civil.
C. rur.	Code Rural.
C. santé publ.	Code de santé publique.
C.SS	code de la sécurité sociale.
C.A.E	Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi.
C.E	Conseil d'État.
C.F.E	Caisse des Français à l'étranger.
Civ. 2 ^e	Deuxième chambre civile de la cour de cassation.
C.M.S.A.	Caisse de mutualité sociale agricole.
C.M.U.	Couverture Maladie Universelle.
C.M.U.C.	Couverture Maladie Universelle Complémentaire.
Circ.	Circulaire.
C.I.E.	Contrat Initiative-Emploi.
C.R.D.S.	Contribution pour le remboursement de la sécurité sociale.
Crim.	Chambre criminelle (cour de cassation).
C.S.G.	Contribution sociale généralisée.
C.U.I.	Contrat Unique d'Insertion.
D.	Décret.
D.G.E.F.P.	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.
Dr. Soc.	Droit social (revue).
Édit.	Édition.
E.P.C.I.	Établissement public de coopération intercommunale.
G.A.E.C.	Groupement agricoles d'exploitation en commun.
Gr. Arr.	Grands arrêts du droit de la sécurité sociale.
Ibid.	<i>Ibidem</i>
Infra	Ci-dessous.
I.V.G.	Interruption volontaire de grossesse.
J.C.P.	Jurisclasseur périodique (la semaine juridique) (revue).
Jurisp. UIMM	Jurisprudence sociale UIMM.
J.O.	Journal Officiel.
L.F.S.S.	Loi de financement de la sécurité sociale.
L.G.D.J.	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
L. min.	Lettre ministériel.

n°	Numéro.
Obs.	Observation.
Op.cit.	Déjà cité.
P.A.C.S.	Pacte civil de solidarité.
P.A.S.S.	Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.
P.U.F.	Presse Universitaire de France.
P.U.R.	Presse Universitaire Rennes.
Rec. CE	Recueil Lebon des arrêts du Conseil d'État.
R.D.S.S.	Revue de droit sanitaire et social.
R.F.A.S.	Revue française des affaires sociales.
R.J.S.	Revue de jurisprudence sociale Francis.
S.A.R.L.	Société à responsabilité limitée.
S.M.I.C.	Salairé minimum interprofessionnel de croissance.
Soc.	Arrêt de la chambre sociale de la cour de cassation.
Somm.	Sommaires.
S.S.L.	Semaine sociale Lamy.
Supra	Ci-dessus.
Sv	Suivant.
T.P.S.	Travail et protection sociale (revue).
T.S.A.	Travail Social Actualité.
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.
V.	Voir.
Z.F.U.	Zones franches urbaines.
Z.R.D.	Zones de recherche et de développement.
Z.R.R.	Zones redynamisation rurale.
Z.R.U.	Zones redynamisation urbaine.

INTRODUCTION GÉNÉRALE.

Depuis sa création, l'homme a été en quête de sécurité. Il a essayé alors de se protéger contre les différents dangers auxquels il a dû faire face. Ainsi, il a réussi à domestiquer le feu, cet outil qui va le protéger contre les bêtes sauvages qui représentaient un risque prédominant en ce temps. L'évolution de l'humanité au cours des années a modifié les priorités des hommes et a fait apparaître par conséquent de nouveaux risques menaçant la tranquillité des individus. Le travail, la santé et la retraite devinrent trois piliers essentiels que les hommes s'efforçaient de protéger. Pour ce faire, ils devaient trouver des ressources de soutien financier qui seraient à même de les prémunir contre les conséquences pécuniaires engendrées par certains risques tels la maladie, la vieillesse ou encore l'invalidité. En effet, les victimes de la réalisation de ce type de risques se trouvent désavantagées de deux manières. Premièrement, du fait de leur « invalidité », elles se trouvent dans l'impossibilité de travailler et sont ainsi privées des ressources qu'ils perçoivent habituellement en contrepartie de l'exécution de leur métier. Et deuxièmement, leur état de santé plus ou moins détérioré leur occasionne souvent des dépenses supplémentaires. Afin de se prémunir contre cette éventualité accablante, l'homme s'est armé de certains systèmes de protection qui étaient certes fragiles à leurs débuts mais qui ont ensuite évolué pour s'optimiser avec le temps.

Aux commencements de la vie sociétale, l'homme cherchait refuge au sein de sa propre famille. Dans le but de fortifier ce moyen de protection, les constituants de ces sociétés anciennes multipliaient leurs naissances¹ afin de garantir leurs vieux jours. Ainsi, une solidarité intergénérationnelle était assurée au sein d'une même famille. A l'époque, l'entraide familiale, qui était l'expression concrète de cette solidarité, se présentait comme l'unique garantie contre les conséquences délétères des événements endommageant pouvant toucher un membre de la famille. Cette entraide consistait à la prise en charge par les membres de famille financièrement aisés de ceux qui sont en situation de précarité. Par ces derniers nous entendons les personnes dont les moyens financiers ne suffisent pas à subvenir à leurs besoins les plus essentiels, à savoir les personnes âgées, les malades et les invalides. Cette pratique traditionnelle et interpersonnelle s'avérait efficace dans la limite où le risque

¹- MAGNIADAS Jean, « Histoire de la sécurité sociale », conférence présentée à l'institut CGT d'histoire sociale, 9 octobre 2003, p. 1. Disponible en ligne sur : <http://www.ihs.cgt.fr/>. (Consulté le 15-09-2015).

en question produit des dommages d'un poids économique plutôt modéré. De plus, l'accroissement démographique accompagnant l'évolution générale ainsi que l'urbanisation des sociétés ont contribué à l'affaiblissement des liens familiaux. Ce déclin relationnel a eu comme effet de modifier la notion de la « famille » qui se réduisait dorénavant aux seuls parents et enfants.

Les limites évoquées de la solidarité familiale ont très vite été exposées et cette approche de protection s'est révélée insuffisante, à elle seule, à fournir la sécurité souhaitée. Dans le but de remédier aux déficiences de cette dernière, l'homme eu recours au système de l'épargne personnelle. Dans un premier temps, l'épargne se limitait aux besoins d'existence élémentaires. L'individu mettait en réserve des aliments dans le but d'assurer son minimum vital dans le cas où un évènement délétaire inattendu se produise. Ce concept a ensuite évolué pour toucher les ressources financières. Ainsi, l'individu commençait à économiser une partie de sa fortune afin qu'il puisse en puiser ultérieurement si le besoin s'en fait ressentir. Du fait de son aspect volontaire mais aussi du fait qu'elle suppose l'existence préalable d'une certaine fortune, l'épargne personnelle paraissait être un moyen de protection assez fragile. En effet, la personne cherchant à adopter cette pratique devait être dotée d'un esprit de sacrifice. Elle devait accepter d'abandonner un certain nombre de plaisirs immédiats afin de pouvoir faire face à une possible situation de précarité future, cette dernière, il est à noter, n'étant pas une éventualité absolue. Cet exercice difficile l'était d'autant plus pour les familles économiquement modestes. Les revenus de ce genre de familles étaient souvent à peine suffisants à couvrir leurs besoins vitaux les plus essentiels. Plus encore, l'épargne était une méthode très hasardeuse puisqu'elle dépendait, comme tout ce qui est relatif à l'économie, de l'inflation monétaire et économique. Cette dernière pesait négativement en diminuant le pouvoir d'achat de la somme épargnée, qui voyait ainsi sa valeur dépréciée. Tout compte fait, l'épargne personnelle ne semblait pas satisfaire la quête d'autoconservation que menaient les hommes. Et cela est invoqué davantage plus chez les catégories socio-économiques les plus défavorisées dont la vulnérabilité supérieure faisait ressentir de plus belle le besoin de protection.

Ainsi, les hommes se rendirent compte des défaillances de la protection fournie par la simple implication individuelle ou bien même familiale. Et afin de remédier aux carences de ces moyens de protection initiaux, ils ont cherché à inclure un plus grand nombre d'individus dans leur cercle de protection. Par conséquent, ils ont pu instaurer une solidarité sociale

généralisée indépendante des liens de parenté entre l'ensemble des personnes constituant la société. Ce sont dorénavant ceux qui sont considérés comme « aisés » financièrement qui seront chargés de soutenir les personnes en manque ou en besoin. Les pionniers de cette solidarité « extra-familiale » ont été les Eglises Catholiques. Ces dernières se référaient à la « morale chrétienne » qui prêchait la Charité. Par définition, la charité est la vertu qui porte à désirer et à faire le bien d'autrui. C'est cette charité qui a introduit par la suite le concept de la solidarité qui supposait que les individus viennent en aide à d'autres de façon volontaire car ils se pensent liés par une condition commune. Un nombre d'hospices « religieux » destinés à accomplir deux missions essentielles ont été ainsi inaugurés au travers de l'Europe. La première mission était celle de donner refuge aux orphelins et aux pauvres et la deuxième était celle de soigner les malades. Les fonds employés afin de financer ces institutions étaient essentiellement fournis par les « riches ». Ces derniers recevaient, en contrepartie de leur action, le « salut » et de leur côté les « pauvres » trouvaient leurs besoins comblés. Toutefois, la charité n'a pas été perçue sous une lumière positive universellement. Dans certains contextes, elle a été présentée comme une relation inégale impliquant une situation humiliante pour la personne aidée.

Les pouvoirs politiques n'ont pas tardé à intervenir sur ces tendances sociales. Ainsi, progressivement l'administration des hospices sus mentionnés échappa aux ordres religieux, et on assista à un transfert de la gestion de la solidarité de l'Eglise aux pouvoirs politiques. L'exemple le plus marquant de ce mouvement est celui de l'Angleterre qui créa la « loi des pauvres » en 1601². Cette loi conférait un droit à l'assistance à tous les membres d'une paroisse. Les individus concernés étaient obligés d'assister financièrement les enfants ou les invalides et de donner du travail aux indigents valides. Cette loi visait à entretenir les pauvres ainsi qu'à intégrer les « déviants » dans le monde du travail. La mendicité était réprimée et le refus d'exécuter le travail était puni par une peine de prison. Ainsi, les différentes nations ont cherché à mettre en place des systèmes de protection assurant une aide minimale aux individus les plus démunis. Cette démarche politique avait comme principal objectif d'esquiver l'occurrence de troubles sociaux majeurs. Elle visait les catégories sociales les plus déshérités ou autrement dit les personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler (enfants, vieillards et infirmes). Toutefois, cette bienfaisance publique ne prenait sous son

²- DELTEIL Pierre, « La sécurité sociale : Quelques lignes d'histoire », CRHSS, n°7, septembre 2008. Disponible en ligne sur : <http://www.histoiresecump.fr/> (consulté le 20-09-2015).

aille qu'une frange limitée de la population. Par conséquent, la majeure partie de cette dernière devait se débrouiller seule afin de trouver ses propres moyens de protection. Ainsi, parallèlement à cette politique de protection sociale dirigée par l'État, on a vu naître au sein des communautés de travailleurs, des organismes destinés à assurer la protection de ces derniers. Il s'agit des mutuelles des salariés et des institutions patronales.

La méthode philanthropique n'était plus guère adaptée aux besoins d'une société dont le développement exigeait de nouvelles formes de solidarité collective. De fait, la révolution industrielle et agricole a eu comme conséquence majeure un fort exode rural qui a entraîné un entassement des populations dans les villes ainsi qu'une rupture des réseaux spontanés de solidarité. La classe ouvrière commençait à compter des nombres de plus en plus importants de personnes et cet accroissement a été accompagné par une accumulation de misères dans les villes du fait de la surexploitation des ouvriers. L'adversité sévère vécue par cette catégorie sociale a accouché de l'éveil social des ouvriers. Et face à cette prise de conscience des risques, non seulement ceux de la vie courante mais aussi ceux liés au travail, les travailleurs se sont organisés pour fonder les sociétés de secours mutuel. Ces sociétés étaient constituées de groupes homogènes d'individus liés par des intérêts communs, et elles visaient à protéger ses adhérents contre un certain nombre de risques. L'adhésion à la caisse mutuelle était basée sur le volontariat et supposait le versement d'une cotisation d'un montant fixe, indépendante des revenus ainsi que de l'importance des risques couverts. C'étaient les adhérents eux-mêmes qui se chargeaient de la gestion de ces sociétés assurant une activité à but non lucratif. Ces dernières ont accompagné le développement de la classe ouvrière et ont permis à ceux-là de d'échapper à l'aliénation des systèmes de protection procurés par les pouvoirs centralisés. L'efflorescence de ces caisses de secours marque le début de la structuration de la solidarité autour du monde de travail. Bien que cette prévoyance collective volontaire ait été le moyen le plus « évolué » de protection comparé à ceux qui l'ont précédé, elle comptait, néanmoins, son lot de manquements. En effet, son efficacité était compromise par son caractère facultatif ainsi que par l'homogénéité de ses adhérents. Le volontariat limitait les « revenus » de ces caisses mutuelles ce qui justifiait son incapacité à prendre en charge les risques considérés comme « onéreux ». En outre, l'uniformité des adhérents à ces caisses, du fait qu'ils aient été menacés par des risques similaires, compromettait l'équilibre financier des caisses en question. Et enfin, ce moyen de protection ne concernait qu'une portion réduite de la population puisqu'il se limitait à quelques activités et quelques entreprises.

Un autre moyen de protection destiné à satisfaire la quête humaine d'auto-préservation a été l'assurance. L'assurance trouve ses origines dans les « *prêts à la grosse aventure* »³ qui se pratiquaient déjà durant l'antiquité pour le commerce maritime⁴. Ces prêts ont été repris au XIIème siècle, à cette époque, l'assurance maritime commençait progressivement à s'organiser pour ensuite être légitimée dans plusieurs villes. Par la suite, d'autres types d'assurances sont apparues et notamment l'assurance vie aux XVIIème et XVIIIème siècles. Et enfin, le XIXème siècle donna naissance à l'assurance moderne. En effet, l'activité de l'assurance ne dispose d'aucune définition légale⁵. Et bien que le code des assurances distingue entre l'assurance vie, l'assurance maladie et accidents et l'assurance des autres risques, il ne nous fournit pas, lui non plus, une définition claire de cette activité⁶. Cependant, nous pouvons retenir une définition du contrat d'assurance proposé par la doctrine. Celle-ci présente le contrat d'assurance comme étant « *la convention par laquelle l'une des parties, appelée assureur, s'engage envers l'autre, appelée souscripteur ou preneur d'assurance, en contrepartie du paiement d'une prime, à couvrir un risque, en fournissant au souscripteur ou à un tiers, une prestation en cas de réalisation de ce risque* »⁷. Contrairement à la sécurité sociale, qui elle est basée sur le principe de solidarité, l'assurance est fondée sur la mutualité. La mutualisation permet la réalisation des impératifs de dispersion et de division des risques⁸. De fait, le regroupement de plusieurs assurés exposés à certains risques au sein d'une même mutualité permet une compensation des risques sinistrés par les primes versées par les « autres » assurés qui n'ont pas fait l'objet d'une réalisation de risque⁹. La mutualisation impose à l'assureur une détermination précise et raisonnée des primes qui vont lui permettre d'assurer l'ensemble des préjudices à indemniser. Plus encore, la mutualité suppose une sélection des risques garantis. Les risques sélectionnés doivent à la fois être nombreux et aussi dispersés conformément aux principes de la « loi de grand nombre ». Ainsi, l'assurance

³- LEGARDEUR Françoise, *Guide des sources sur l'histoire de l'assurance*, Comité Scientifique pour l'Histoire de l'Assurance, 2007, p.5.

⁴- Les marchands faisaient appel aux banquiers pour financer leurs expéditions maritimes qui coûtaient souvent très cher. Si le bateau faisait naufrage, les marchands n'avaient rien à rembourser aux banques ; par contre, s'il arrivait à bon port le banquier était remboursé et pouvait recevoir une compensation financière très élevée.

⁵- BIGOT Jean ; BELLANDO Jean-Louis ; CABRILLAC Séverine ; JADAUD Bernard ; MOREAU Jacques ; PARLEANI Gilbert, *Traité de droit des assurance-Entreprises et organismes d'assurance*, tome 1, 3ème édit., LGDJ, Paris, 2011, p. 74.

⁶- Art. L. 310-1, C. ass.

⁷- MAYAUX Luc, *Les grandes questions du droit des assurances*, tome 3, LGDJ, Paris 2011, p. 4.

⁸- CHAGNY Muriel ; PERDRIX Louis, *Droit des assurances*, 3ème édit., LGDJ, Paris, 2014, p. 26.

⁹- PETAUTON Pierre, « L'opération d'assurance : définition et principes », in *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, 1997, p. 427.

ne couvre pas l'ensemble de la population et ne fournit pas une protection à toute personne qui en a besoin. Ce sont surtout les personnes économiquement modestes, ne pouvant pas avancer la prime d'assurance, qui en sont privés. De surplus, du fait que l'assurance ne couvre pas la totalité des risques, surtout ceux qui pèsent économiquement et qui peuvent entraîner un déséquilibre financier au sein de la compagnie d'assurance, elle peut pénaliser les personnes fortement exposées aux risques non couverts qui se trouve dépourvue de cette protection nécessaire. Malgré ses inconvénients, l'activité assurantielle privée n'a pas été éradiquée par la création des régimes de sécurité sociale comme on a pu le prédire autrefois. En effet, ces régimes n'ont pas tardé à dévoiler leurs faiblesses ouvrant ainsi la voie aux assurances de se proposer comme un système complémentaire¹⁰.

Ainsi, chacun des moyens de protection précédemment évoqués présente des failles. Celles-ci sont liées, dans certain cas, au fait qu'ils dépendent d'un cercle très restreint de personnes qui peuvent se trouver dans l'impossibilité d'assurer la protection souhaitée. Il s'agit ici des solidarités familiales et de l'épargne. Les défauts peuvent aussi être liés au fait que les biais de protection en question ne bénéficient qu'à une mince portion de la population. Il s'agit des sociétés de secours mutuel ainsi que de l'aide sociale fournie par les pouvoirs centralisés, ou autrement dit les solidarités sociales. Ces manquements, plus ou moins lourds, des différentes méthodes employées, couplés au besoin immuable de contrôle de l'Etat, ont poussé ce dernier à intervenir dans le domaine social. Cette intervention visait à garantir un niveau suffisant de bien-être à l'ensemble de la population en particulier en créant de nouvelles formes de prise en charge des risques sociaux. Et l'innovation socio-politique évoquée a donné naissance à la notion d'« État providence »¹¹. La mission derrière cette initiative étatique était de mettre en place un organisme puissant capable d'assurer une véritable protection sociale à tout moment et pour toute personne qui en a besoin.

Certes, la politique de protection sociale regroupait l'ensemble des efforts fournis par l'État providence dans le but d'assurer un minimum vital aux citoyens. Cependant, l'élément de base de cette politique était le système de sécurité sociale garantissant la couverture des risques sociaux. Par ce système, l'État cherchait à instaurer une forme de solidarité entre les

¹⁰- MOREAU Jean-Pierre, « les monopoles sociaux, les directives européennes et le droit de la concurrence », Risques 1996, n° 25, p. 189.

¹¹- Au sens large, l'expression d'« État providence » désigne l'ensemble d'interventions économiques et sociales de l'État. Elle s'oppose à celle de l'« État gendarme » où le rôle de l'État est limité à des fonctions régaliennes comme la justice et la défense nationale.

membres de la société dans l'intention d'assurer les risques portant atteinte à la sécurité économique de l'individu. Cette dernière est mise en péril par les menaces liées à la santé, au travail ou à la retraite. La présente thèse se penche sur l'étude de l'un de ces risques, la maladie. Celle-ci est une souffrance incontournable de la vie, c'est une caractéristique commune à toute les époques historiques ainsi qu'à toutes les sociétés ou tous les pays quel que soit leur niveau de développement. La qualité de la maladie peut varier en fonction des époques ou des sociétés concernées mais l'état de maladie est constant, il est inscrit au cœur de la vie humaine. La maladie est une altération de l'état physique de la personne, un écart par rapport à la norme qu'est la santé, qui s'accompagne d'une modification de la qualité des relations qu'entretient l'individu avec son environnement. « *Être malade c'est vraiment pour l'homme vivre une autre vie, même au sens biologique du mot* »¹². Ses conséquences très variables vont de la perturbation passagère du bien-être de la personne concernée à la mort de cette dernière. La maladie se traduit par un état de faiblesse à la fois physique et psychique de l'individu atteint. Ainsi, ce risque particulier, à l'encontre des autres risques couverts par les branches de la sécurité sociale, menace l'existence même des hommes. Bien que la retraite, le chômage, les accidents de travail et les allocations familiales aient des conséquences non négligeables sur la vie de la personne, les prestations pourvues dans leur cadre ne font que contribuer au bien-être de celle-ci. La maladie, elle, est susceptible de mettre en péril la vie de la personne, ainsi sa couverture peut lui sauver la vie. Nous en dégageons le poids de ce risque ainsi que de sa couverture dans le contexte humanitaire qui a été le principal motif du choix de l'étude de cet aspect particulier de la couverture sociale dans notre exposé.

Plus encore, si l'état de faiblesse auquel est réduit le malade ne conduit pas systématiquement à la mort de ce dernier, il a certainement des conséquences sur sa vie active. A défaut de l'empêcher d'accomplir les tâches « professionnelles » qui lui sont assignées, la maladie retarde son porteur dans son travail. Ainsi, ce dernier trouve sa source de biens économiques, nécessaires à sa survie, menacée, ce qui aggrave encore plus le poids de la maladie sur sa vie. Par ailleurs, la facture sanitaire n'a cessé d'augmenter au fil des temps, et aujourd'hui l'accès aux soins est tellement onéreux que souvent sa facture ne peut être supportée par la personne malade seule. Il a été incombé ainsi aux sociétés de trouver des moyens de remédier à cette situation. Dans cette optique, l'instauration d'une solidarité sociale générale sous la forme d'un système de sécurité sociale a été adoptée par un nombre de pays, dont le Liban.

¹²- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1943, p.62.

Le système de sécurité sociale libanais a été créé en 1963. Selon les textes par lesquels il a été instauré, il a pu être qualifié de complet. De fait, ces derniers respectent bien les principes modernes de la protection sociale. Ces principes sont essentiellement l'extension maximale du champ d'application de la couverture et la diversification des risques sociaux assurés.

Le Liban, par sa loi relative à la sécurité sociale, a souligné l'obligation de la généralisation de la couverture maladie à l'ensemble de la population. Toutefois, ce pays n'a pas réussi à aboutir à cette fin en raison d'une absence de mise en œuvre complète de la loi évoquée. Ainsi, malgré cette aspiration à la généralisation, le système libanais a maintenu un statut de système professionnel qui ne consacre le droit à la sécurité sociale qu'aux seuls salariés à quelques exceptions près. Ce système n'est, jusqu'au jour présent, toujours pas considéré comme universel, en dépit du fait que sa loi prévoit cet objectif même, puisqu'il ne concerne que quelques personnes¹³.

Effectivement, le système libanais couvre quatre types de risques sociaux. À cet effet, quatre branches le constituent¹⁴ : la branche d'assurance maladie-maternité, la branche d'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles, la branche du régime des allocations familiales et la branche du régime de l'indemnité de fin de service. Avant la création de ce système, aucune loi ni aucune disposition juridique ne prévoyait la couverture de l'assurance maladie-maternité. Nonobstant ce qui précède, certaines dispositions avaient été prévues, notamment par le code du travail¹⁵, afin d'organiser les congés maladies pour les salariés, ainsi que les congés maternité.

Le resserrement du champ d'application du système de la sécurité sociale libanais n'a pas été prévu par la loi qui l'a instauré. En élaborant cette dernière, le législateur libanais souhaitait parvenir à donner droit à une protection sociale à tout libanais. En effet, la loi¹⁶ émise en la matière avait prévu une généralisation progressive de la couverture en trois étapes. Elle a également précisé les délais de temps qui se devaient d'être respectés quant aux moments de

¹³- TAURAN Thierry, *les régimes spéciaux de sécurité sociale*, Presse Universitaires de France, Paris, 2000, p. 89.

¹⁴- V. l'art. 7 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale de 1963.

¹⁵- V. les articles 29 et 40 du code libanais du travail du 23 septembre 1946.

¹⁶- V. les articles 9, 10 et 12 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale.

mise en action de chacune de ces étapes¹⁷. Ce sont, dans un premier temps, les salariés, exception faite des salariés agricoles, qui vont être couverts par le nouveau système. Cette dernière doit être mise en application au plus tard, 18 mois après la publication de la loi dans le journal officiel. Deux ans après l'accomplissement de cette étape, à savoir l'assujettissement de toutes les personnes concernées à toutes les branches de la sécurité sociale, la seconde étape doit débiter. Celle-ci stipule l'assujettissement des travailleurs agricoles. La somme de ces deux premières étapes confère au système libanais un caractère bismarckien du fait qu'il n'englobe par son champ d'application que les travailleurs. Toutefois, la troisième étape de mise en œuvre était censée le rapprocher des principes beveridgiens. Cette dernière étape suppose la couverture obligatoire de toute personne ne pouvant prétendre jusqu'alors à la protection du système dans le contexte des deux étapes précédentes. Son application devait démarrer au moins deux ans après la mise en route de la deuxième étape.

Ainsi, bien que le système libanais ait été destiné à être professionnel pendant un premier temps, cette situation ne devait être que temporaire. La dernière étape de sa mise en place aurait dû le transformer en un système universel. Cependant, l'objectif ultime d'universalisation du système de sécurité sociale n'a pas été atteint, et ne l'est toujours pas aujourd'hui, en raison du manquement à l'application exacte de la loi établie en la matière.

Par ailleurs, l'échéancier prévu par cette dernière n'a pas non plus été respecté. De fait, le législateur libanais a entamé la seconde étape alors que la première n'avait pas été achevée, puisque toutes les branches de la sécurité sociale n'avaient pas encore été créées, à savoir la branche d'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles. De surcroît, la troisième étape n'a, jusqu'au jour présent, toujours pas été mise en vigueur. En revanche, le législateur libanais a choisi d'assujettir certaines personnes d'une façon aléatoire sans se référer à l'organisation en étapes prévue par la loi.

Les défauts qui ont caractérisé l'application de la loi libanaise relative à la sécurité sociale ont entravé la généralisation de la couverture à l'ensemble de la population. De ce fait, certaines personnes, notamment les pauvres, se trouvent dépourvue de tout moyen de protection. Cette injustice sociale a fait sombrer le pays, en général, et les catégories les plus démunies de la société, plus spécifiquement, dans une misère dévastatrice. En effet, tous les

¹⁷- V. L'article 8 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale.

ans, un nombre de personnes libanaises meurent pour la simple raison qu'elles sont économiquement défavorisées à tel point que les entrées des hôpitaux de ce pays sont qualifiées de cimetières de pauvres. Ces dernières refusent de recevoir les patients n'ayant aucune couverture sanitaire ou ne pouvant autrement garantir le paiement des frais de soins et d'hospitalisation. En effet, ce pays abrite une grande majorité d'hôpitaux privés, face à une minorité d'hôpitaux publics, qui cherchent plus à préserver leurs propres intérêts que de poursuivre la mission humanitaire que représente la pratique médicale. Ces hôpitaux sont comparables aux autres instituts dans le domaine du commerce qui ont pour objectif principal et presque unique de produire des gains économiques. La conséquence majeure de cette tendance commerciale est la hausse exorbitante du coût des soins qui deviennent complètement inaccessibles aux personnes modestes économiquement. A cet égard, une question primordiale se pose : comment remédier à cette situation inhumaine ? Quelle démarche est à suivre pour assurer un accès aux soins à tous les libanais ? Une réponse à ces interrogations est la réforme de l'assurance maladie obligatoire.

La tutelle française au Liban, ayant duré une vingtaine d'années environ, a façonné des relations très particulières entre le Liban et la France. Le Liban, devenu pays francophone sous cette emprise étrangère, doit ainsi à la France la structuration de nombreuses de ses institutions publiques, notamment celle de son système de sécurité sociale. Ce lien historique intime se poursuit aujourd'hui au niveau culturel, économique et politique et illustre l'influence considérable de la France sur le Liban. C'est pour cette raison que l'on a choisi de se référer au modèle français afin de tenter de structurer la réforme de l'assurance maladie évoquée précédemment. Et si cette intimité franco-libanaise ne suffit pas, à elle seule, à justifier le choix de cette référence, la réputation mondiale glorieuse du système de sécurité sociale devrait adosser cette orientation. Effectivement, la France a été reconnue mondialement, en 2000¹⁸, pour son très bon niveau dans le domaine de l'assurance maladie du fait de l'essor de son système de sécurité sociale.

Le système de sécurité sociale français n'a pas toujours connu son succès d'aujourd'hui. En effet, sa structuration s'est faite progressivement au cours de nombreuses années. Dès 1930, on retrouvait une première ébauche de cette structuration connue sous le nom de l'assurance sociale. Cette assurance était restreinte aux seuls ouvriers, ou autrement

¹⁸ - V. le classement de l'OMS publié dans son rapport sur la santé dans le monde en 2000. Disponible en ligne sur : <http://www.who.int>.

dit, les salariés pauvres. Son financement se faisait par le biais de cotisations sociales avancées par les salariés couverts ainsi que par leurs employeurs et elle était gérée par plusieurs caisses instituées par département regroupant à la fois l'Etat et les partenaires sociaux. Ce premier modèle de protection sociale a été ensuite entièrement révisé par l'Etat français à la fin de la deuxième guerre mondiale, et un nouveau système de sécurité sociale vit le jour en 1945. Ce dernier ne couvrait, à ses débuts, que les travailleurs mais son ordonnance créatrice lui avait fixé un triple objectif : la généralisation de la couverture quant aux personnes, l'unité de gestion de la sécurité sociale et l'extension des risques couverts. Sa finalité était la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité. Deux sur trois des objectifs fixés ont été accompli à ce jour. De fait, la France a bien réussi à généraliser la couverture assurée par son système de sécurité sociale, et ce de manière progressive, notamment dans le domaine de l'assurance maladie avec la création de la couverture maladie universelle en 2000. L'affiliation à cette dernière repose sur le seul critère de résidence. A compter de cette année, les personnes ne pouvant pas prétendre, précédemment, à une couverture maladie sous prétexte de leur travail ou de leur statut familial, pouvait dès lors y accéder du seul fait qu'elles habitaient en France. Cette couverture maladie universelle est considérée comme étant la réforme la plus importante de l'histoire de la sécurité sociale française. Toutefois, l'unicité de gestion administrative du système n'a, à ce jour, toujours pas été réalisée¹⁹. Ainsi, l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale s'était progressivement réalisé, non pas par une simple intégration au régime général, mais par la création d'un nombre de régimes autonomes, indépendants les uns des autres.

Ainsi, les deux systèmes de sécurité sociale libanais et français partageaient une base commune. Ils étaient destinés à couvrir une partie de la population, dans un premier temps, pour ensuite étendre leur champ d'application graduellement afin d'englober l'ensemble de cette dernière. Le système français est parvenu à accomplir cette mission suite à de maintes réformes, alors que son homologue libanais s'est figé dans son état de création initial et n'a connu aucun progrès. La question se pose ainsi quant aux causes de la divergence entre ces deux systèmes fondés sur les mêmes principes et partageant les mêmes objectifs.

¹⁹- Comité d'histoire de la sécurité sociale, « Historique du système français de Sécurité sociale », 16/06/2011. Disponible en ligne sur : <http://www.securite-sociale.fr>. (Consulté le 2/10/2015).

Le coupable ayant endossé la plus grande part de responsabilité pour le défaut d'application législatif dans le domaine de la sécurité sociale au Liban, a été la guerre civile. Cette guerre contemporaine des législations relatives au système de sécurité sociale, s'est déroulée entre 1975 et 1990. Elle a eu comme conséquence de semer le désordre dans le pays. L'instabilité de la situation résultante a poussé le législateur libanais à transgresser les limites établies par la loi relative à la mise en place de la sécurité sociale. De fait, ce dernier a commencé à assujettir des personnes non concernées par la première étape d'application avant que cette dernière ne soit achevée. Ainsi, le texte législatif initial a été altéré par un nombre de lois et de décrets, qui ont rendu possible l'assujettissement de certaines catégories professionnelles, dont la couverture s'avérait nécessaire, sans prendre en compte les étapes déterminées par la loi. Toutes ces modifications n'ont pas, pour autant, permis l'application de la politique de généralisation de la protection sociale prévue par la loi. Cette situation perdurant toujours, le Liban demeure en quête de moyens qui pourront éventuellement lui accorder la possibilité d'étendre la couverture sociale, et notamment celle de la maladie-maternité, à l'ensemble de la population.

À ce jour, la guerre civile n'est plus d'actualité. Par ailleurs, une couverture maladie-maternité est assurée par plusieurs institutions publiques²⁰, dont la caisse nationale de sécurité sociale, à un nombre de catégories professionnelles. Cependant, la moitié de la population libanaise ne se trouve affiliée à aucun régime public lui garantissant une couverture sanitaire. Face à ce manque de protection, le peuple libanais a été contraint de chercher des solutions afin de régulariser sa situation. Les personnes financièrement aisées, pouvant se permettre de payer des cotisations (primes d'assurance) aux compagnies d'assurance privée, se sont penchées sur cette option. De leur côté, les personnes moins favorisées se sont orientées vers les caisses mutuelles, qui, par définition, sont des sociétés à but non lucratif pouvant assurer une couverture maladie peu onéreuse. Enfin, les personnes les plus démunies ne pouvant accéder ni aux avantages des assurances privées ni à ceux des caisses mutuelles, trouvent dans le ministère de la santé générale un dernier refuge. En effet, ce dernier a mis à disposition du peuple un service public assurant la prise en charge de toute personne non assurée que ce soit par un organisme public ou privé. Toutefois, ce service ne

²⁰- Au total il en existe neuf. Il s'agit en plus de la caisse nationale de la sécurité sociale, la coopérative des fonctionnaires de l'État ; la brigade de la santé qui couvre les armées ; la coopérative des juges ; la coopérative des professeurs de l'université libanaise ; la coopérative de la sûreté générale ; la coopérative de la sûreté de l'État et la coopérative de la police douanière.

bénéficie que d'un budget très limité, fixé mensuellement. Ce budget, une fois atteint, ferme le droit au peuple de bénéficier de la disposition à laquelle il est attribué. Ainsi, les personnes en besoin se trouvent souvent rejetées par les gérants de ce service, ce qui explique en grande partie l'inefficacité de ce dernier. Somme toute, une partie de la population libanaise se trouve complètement abandonnée puisque sa protection n'est assurée par aucun organisme.

Si ce n'est plus la guerre qui fait obstacle à l'universalisation de la couverture maladie, et si ce n'est pas l'absence de textes législatifs en la matière qui est en cause, la question se pose aujourd'hui quant aux raisons de cette situation désolante vécue par le peuple libanais. Certains connaisseurs accusent la pluralité des institutions assurant la couverture pour cette aberration. Toutefois, l'expérience française s'avère être un contre argument à cette hypothèse. En effet, le système français n'a pas réussi à unifier la gestion de ses différentes caisses. Mais cela ne l'a pas, pour autant, empêché de réaliser son objectif de généralisation puisque ce système assure aujourd'hui une couverture maladie à l'ensemble de la population française. Par ailleurs, le directeur général de la Caisse nationale de la sécurité sociale au Liban a annoncé, à la fin de l'année 2012, que toute catégorie de la population pouvait être assujettie au système de sécurité sociale. Cependant, cette ouverture de droit ne se fait qu'à condition que les personnes concernées assurent entièrement le financement de leur régime²¹. Ainsi, il se peut que ce soit le problème financier qui se dresse comme obstacle sur le chemin de la généralisation. En effet, le financement du système Libanais est assuré par les cotisations sociales. Cette orientation bismarckienne, s'opposant aux aspirations beveridgiennes du système, s'explique par le fait qu'il ait été créé en tant que système exclusivement professionnel pendant sa première phase. Toutefois, ce mode de financement restrictif empêche une éventuelle extension du champ d'application la couverture sociale. D'une part, les ressources collectées par ses cotisations ne suffisent pas à subvenir aux besoins de toute la population. Et d'autre part, le fait que seule une partie de la population cotise pour une couverture bénéficiant à l'ensemble de cette dernière relève d'une grande iniquité sociale. Cela incite à la recherche de nouveaux moyens de financement en complément des cotisations afin de remédier à cette situation.

²¹- v. interview avec le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale au Liban, Dr. Mouhammad KARAKI, présentée par Nikola Hanna sur télé Liban, datée le 31-12-2012. Disponible en ligne sur le site officiel de la CNSS au Liban: <http://www.cnss.gov.lb/>. (Consultée le 27-05-2013).

En effet, l'extension du champ d'application de la sécurité sociale en France a été grandement facilitée par la modification du mode de financement de cette dernière. Les cotisations assises sur la masse salariale qui finançaient adéquatement un système « professionnel » sont devenues insuffisantes quand ce dernier s'est universalisé. Et afin de remplacer ces dernières, les français se sont lancés dans une quête à double objectif. Il fallait trouver des sources de subvention compatibles avec les dépenses croissantes que supposait la généralisation de la couverture, et s'assurer que ces sources soient équitables d'un point de vue judiciaire. L'équité évoquée ne pouvait se réaliser que si toute personne pouvant prétendre à la couverture sociale participait à son financement. C'est ainsi que les français se sont tournés vers les impôts qui se sont avérées plus compatibles avec un système à caractère universel.

Malgré les nombreux rapprochements entre les systèmes de sécurité sociale, français et libanais, figurants dans cette thèse, nous ne cherchons pas, par celle-ci, à faire une simple comparaison entre ces deux derniers. L'objectif motivant notre étude étant de résoudre les problèmes auxquels le système libanais fait face, nous essaierons d'analyser l'expérience française afin de pouvoir y retenir les éléments ayant contribué à sa réussite dans l'espoir de tenter leur application au Liban.

Ainsi, l'objectif premier de cette thèse est d'analyser la possibilité de généraliser la couverture maladie-maternité à toute la population libanaise à la lumière de l'expérience française. Deux questions se posent à ce sujet. Serait-il envisageable de transporter le système d'assurance maladie obligatoire français pour le mettre en application au Liban ? Serait-ce la solution qui sera à même d'abolir la misère vécue par la société libanaise ? À cet égard, nous allons, dans une première partie, explorer la généralisation progressive de la couverture à l'ensemble de la population. Et dans une seconde partie, nous rechercherons les moyens de financement pouvant accompagner cette généralisation puisque l'obstacle financier s'avère être la contrainte la plus importante qui pèse sur l'application d'un tel système.

Première partie : Une généralisation progressive du bénéfice des prestations « maladie-maternité ».

Deuxième partie : le mode de financement adapté à la généralisation de la couverture maladie-maternité.

**PREMIÈRE PARTIE : UNE GÉNÉRALISATION
PROGRESSIVE DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS
« MALADIE-MATERNITÉ ».**

La création de la sécurité sociale remonte à deux époques différentes. Au début, l'objectif a été d'assurer une protection aux salariés contre les risques qui les menacent. Ainsi, une distinction entre les membres de la société s'est établie et elle était basée sur des critères professionnels. Cet objectif a évolué avec l'introduction de la notion « d'universalisation de la sécurité sociale ». Dès lors, on a cherché à promouvoir une solidarité sociale entre tous les nationaux.

Plusieurs pays, dont la France et le Liban, ont adopté l'idée de généraliser la sécurité sociale à toute la population, surtout après la déclaration universelle des droits de l'homme²². Suite à une succession d'influences, le droit à la sécurité sociale a été transformé, du point de vue universel, d'un droit des salariés à un droit de l'homme (Titre 1). En matière d'assurance maladie-maternité, l'application de la généralisation s'est produite selon deux manières différentes. Certains pays, comme la Grande-Bretagne, ont choisi de créer *un service national de santé* indépendant qui couvre les risques sanitaires de toute la population. D'autres, dont la France et le Liban, ont préféré prendre en charge ces risques par le biais d'une branche au sein d'une caisse nationale de la sécurité sociale. Toutefois, l'organisation de cette branche, baptisée « branche d'assurance maladie-maternité », a demeuré basé sur des critères socioprofessionnels, tant en matière d'assujettissement qu'en matière de prestations (Titre 2).

²²- V. l'art. 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948.

Titre 1 : La succession d'influences sur les systèmes de sécurité sociale.

La révolution industrielle en Europe a révélé la classe des salariés de l'industrie pour lesquels le travail est devenu la seule ressource pour vivre. Cette classe a été l'objet de la protection sociale à cette époque, puisqu'elle était affectée par la misère et les privations. Certes, les efforts faits en faveur de cette classe, ont été en même temps faits pour les pauvres. Mais, dès le début, une confusion a existé entre les salariés et les pauvres, ce qui a poussé à penser que le droit à la protection sociale est un droit relatif aux salariés.

Suite à cette confusion, deux systèmes de protection sociale complets ont été mis en place. L'un par l'Allemagne créé par les lois bismarckiennes, et l'autre par la Grande-Bretagne suite au rapport de Beveridge. Chacun de ces systèmes repose sur des principes totalement différents et va inspirer les systèmes de sécurité sociale en vigueur dans le monde. Ce qui a provoqué l'existence de deux courants sociaux.

Le premier, est un courant professionnaliste, issu de la doctrine bismarckienne, associant le droit à la sécurité sociale à l'exercice d'une activité professionnelle salariée, et s'exerce dans le cadre de régimes professionnels.

Le deuxième, est un courant universaliste, issu des principes beveridgiens, qui élimine toute référence à une activité professionnelle pour garantir une protection sociale à l'ensemble des membres de la collectivité nationale.

Il convient toutefois de noter que depuis quelques années, les deux courants tendent à converger : par la généralisation, les courants professionnalistes vont inclure dans leur système de protection des personnes non intégrées professionnellement ; tandis que dans les pays qui ont donné priorité aux idées de Beveridge, les assurés sociaux sont incités à l'autoprotection afin de compléter le minimum vital accordé par l'État. En plus, l'organisation du droit à la sécurité sociale dans un cadre juridique international a renforcé cette convergence, et confirmé le principe de généralisation du droit de la sécurité sociale.

Cela a été surtout marqué par la déclaration de ce droit comme étant un droit fondamental de l'homme²³.

La sécurité sociale française n'échappera pas à ce mouvement de convergence et verra son système de protection évoluer jusqu'à aboutir à un système mixte empruntant des idées aux deux courants. De même, la législation libanaise qui s'est toujours inspirée de la Loi française, va mettre en vigueur un système de sécurité sociale qui se base sur des principes bismarckiens mais qui prévoit la généralisation de la couverture sociale à toute la population.

En un mot, la sécurité sociale de nos jours qui est passée par les principes bismarckiens et beveridgiens (chapitre 1), marque une spécialité dans la loi française par laquelle le législateur libanais a été influencé (chapitre 2).

²³ L'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948.

Chapitre 1 : De la loi Bismarckienne à nos jours, en passant par le rapport de Beveridge.

Le droit à la sécurité sociale est passé par trois phases importantes, marquant l'histoire de la sécurité sociale.

Premièrement, c'est en Allemagne en 1881 qu'un premier système d'assurance collectif obligatoire se présente. Ce système dit système Bismarckien, puisqu'il est créé par le chancelier Bismarck (1815-1898), a lié le droit à la sécurité sociale tout d'abord aux seuls salariés et plus tard aux travailleurs. Les motivations du chancelier allemand pour l'introduction de l'assurance sociale en Allemagne relevaient à la fois de la promotion du bien-être des travailleurs, afin de permettre à l'économie allemande de fonctionner avec le maximum d'efficacité, et de la volonté d'écarter les appels en faveur d'alternatives socialistes plus radicales.

Deuxièmement, en 1942, le gouvernement du Royaume-Uni a publié le Plan Beveridge du nom de son auteur principal, Lord Beveridge, qui s'est traduit par la mise en place du premier système unifié de sécurité sociale après avoir déclaré que le système d'assurance sociale conçu par Bismarck n'est pas suffisant. Ce nouveau système a généralisé le droit à la sécurité sociale, et a considéré que tous les membres de l'État ont droit à être protégés contre les risques sociaux sans distinction entre les travailleurs et les non travailleurs, surtout en matière d'assurance maladie-maternité.

Finalement, et au tournant de la deuxième guerre mondiale, le droit à la sécurité sociale a eu un cadre juridique international plaidant pour l'extension des mesures de sécurité sociale et de son champ d'application. Ce cadre international a été couronné par la Déclaration universelle des droits de l'homme, dont l'article 22 stipule que : *«Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale»*. Ce qui a développé l'idée de sécurité sociale autour du monde et cimenté le droit à la sécurité sociale comme étant un droit fondamental de tout être humain.

Autrement dit, le droit à la sécurité sociale a été connu comme un droit des salariés basé sur le principe socioprofessionnel, puis un droit à tous les membres de la nation basé sur le principe universel (Section 1), pour arriver finalement à être déclaré un droit fondamental de l'homme (Section 2) selon un cadre juridique internationale.

Section 1 : Du principe professionnel au principe universel.

On peut distinguer deux systèmes de protection sociale : d'une part, l'assurance collective obligatoire basée sur le principe professionnel (paragraphe 1), préconisée par le chancelier allemand Bismarck, et d'autre part, l'assistance collective obligatoire basée sur le principe universel (paragraphe 2) développée par l'économiste anglais, Lord Beveridge.

Ces deux systèmes représentent la solution prévue par les pouvoirs publics afin d'imposer une organisation plus cohérente de la protection sociale. Ils ont pour but d'assurer à la population des conditions de vie correctes en couvrant en premier lieu les risques de la maladie, et plus généralement tous les risques sociaux éventuels.

Les progrès qui en ont résulté expliquent le succès de ces deux systèmes qui ont été repris dans certains pays du monde. Selon les pays, est apparu tantôt un système d'assurance collectif, qui relie les prestations au travail effectué, tantôt un système d'assistance collectif qui accorde à la population un minimum vital, sous le contrôle de l'Etat. Cependant le point commun de ces deux dispositifs est leur caractère collectif et surtout obligatoire, qui permet d'augmenter la masse des contributions et de garantir des prestations au plus grand nombre possible des citoyens.

Paragraphe 1 : Le principe professionnel.

La couverture collective obligatoire d'une population contre les risques de maladie n'est apparue au monde qu'à partir de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle²⁴, avec le développement des assurances sociales en Allemagne et l'apparition de l'État providence(A), à l'initiative de Bismarck en 1883, en créant l'assurance maladie (B) pour les ouvriers touchant de faibles salaires. Le modèle bismarckien d'assurance sociale a eu une influence sur certains pays du monde (C), en particulier la France. Précédemment, l'individu touché par la maladie ne pouvait compter que sur des solutions d'assistance, d'entraide ou de charité.

²⁴- MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Assurance de santé : acteurs et garanties*, 2^{ème} édition l'Argus édition, 2006. p. 21.

A. La naissance des assurances sociales en Allemagne.

L'Empire allemand, aux lendemains de sa victoire sur la France, devait faire face à une forte offensive socialiste, à l'essor du mouvement syndical. Le chancelier Bismarck entend faire échec au développement des mouvements socialistes en engageant une politique d'amélioration du sort de la population ouvrière et a présenté au Reichstag²⁵ un projet des lois d'assurances sociales couvrant le risque maladie pour les ouvriers touchant de bas salaires²⁶. Le système bismarckien de sécurité sociale, appelé le système « d'assurances sociales », est à la fois collectif et obligatoire²⁷, et c'est bien pour ces deux raisons que ce système fut un succès. À cet égard, on s'écarte encore peu de l'approche très catégorielle qui avait cours auparavant, consistant à ne prendre en compte que les malades pauvres. Elle est élargie par étapes en 1885 et 1886 aux autres salariés agricoles. Cet événement a changé la vie d'un très grand nombre de personnes qui sont, au moins partiellement, protégées contre les risques de la vie quotidienne et notamment les risques sanitaires.

Ce système est également appelé « professionnel », parce que son financement est assuré par le travail et les cotisations sociales, et en contrepartie les prestations de ce système sont adressées aux salariés. Le critère « professionnel » s'est développé en raison de la révolution, puisque les salariés à cette époque étaient considérés comme étant la partie la plus pauvre, et par suite ce sont eux qui ont besoin de la protection. Pour cela on considère que l'assurance maladie, ou plus largement l'assurance sociale, est, d'après Bismarck, un droit pour les salariés, et par conséquent l'assujettissement à ce système est strictement lié au travail.

Enfin, c'était dans la chambre blanche du palais de Berlin, que Bismarck a annoncé un plan complet pour la création d'un système public d'assurance sociale pour les travailleurs en lisant à haute voix un message de l'empereur. Ce message marque le début d'un processus dans lequel l'État assumait une responsabilité croissante dans le domaine de la sécurité sociale des individus²⁸. D'après Bismarck, l'Etat a pour tâche d'assurer le bien-être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de

²⁵ - C'est une institution de la Confédération de l'Allemagne du Nord puis de l'Empire allemand.

²⁶ - MAGNIADAS Jean, *Op.cit.*, p. 10. Disponible en ligne sur : <http://www.ihs.cgt.fr>, (consulté le 28 novembre 2011).

²⁷ - TAURAN Thierry, *Droit de la sécurité sociale*, PUG (le droit en plus), 2000, p. 19.

²⁸ - RITTER Gerhard, « La sécurité sociale en Allemagne de Bismarck à nos jours », cité in : Comité d'histoire de la sécurité sociale, *un siècle de protection sociale en Europe*, Edit. La Documentation française, Paris 2001, p. 7.

déséquilibre financier ; et dans une formule qui est désormais célèbre, Bismarck indiquait lui-même devant le Reichstag le 17 novembre 1881 que « *l'État doit promouvoir positivement, par des institutions appropriées, le bien-être de tous ses membres* »²⁹. À une autre occasion, Bismarck a précisé le but de sa politique : « *que l'État doive se préoccuper du sort des citoyens qui ont besoin d'aide, n'est pas seulement un devoir d'humanité et de christianisme qui devrait inspirer toutes ses institutions, mais aussi une politique conservatrice dont l'objectif est d'encourager l'idée dans les classes populaires... que l'État n'est pas seulement une institution nécessaire mais aussi bénéfique* »³⁰. En tirant l'essentiel de ces deux phrases, on peut constater que même Bismarck, créateur du système de sécurité sociale professionnel, dont le but est de couvrir les salariés en premier lieu puis tous les travailleurs, n'a pas négligé les autres membres de l'État. Il a bien précisé que l'État a des obligations sociales envers tous ses citoyens, et c'est par l'application de ces obligations que l'État pouvait désormais être qualifié, à juste titre, d'« État social » ou État-providence.

En Allemagne, le concept d'État-providence a été inscrit dans les articles 20 et 28 de la loi fondamentale de la République fédérale sous les termes d'« État fédéral social » (*Sozialer Bundesstaat* ou *Rechtsstaat social*)³¹. Tandis qu'en Europe, ce concept d'État et les mesures législatives l'accompagnant dans le domaine social et du travail se produisirent au cours des décennies précédant la première guerre mondiale³². Ce concept, de nos jours, correspond à un État qui applique une grande égalité sociale entre tous les citoyens, et qui travaille sur l'amélioration du statut juridique et des conditions de vie du peuple.

On conclut donc, que le premier pays à se doter d'une nouvelle forme, relativement complète, de sécurité sociale, fut l'Empire germanique qui, sous Bismarck, créa dès les années 1880, une assurance obligatoire en matière de maladie, accidents du travail, vieillesse et invalidité, pour une grande partie de la population et notamment les travailleurs. Contrairement aux formes traditionnelles d'assistance destinées aux pauvres, qui comportaient des discriminations sociales et politiques très importantes, l'assurance sociale a instauré un véritable droit aux prestations. Finalement il faut noter que la naissance de l'assurance sociale

²⁹ - TAURAN Thierry, *Op.cit.*, p. 19.

³⁰ -BRASSEUL Jacques, « la genèse de l'État providence et la naissance de la social-démocratie : Bismarck et Bernstein », cité in : LAMBERT-FAIVRE Yvonne et LAMBERT Denis-CLAIR, *Droit et économie de l'assurance et de la santé*, Éd. Dalloz, paris, 2002, p. 53.

³¹ - RITTER Gerhard, *Op.cit.*, p7.

³² - Ibid., p7.

précisément en Allemagne n'était pas un hasard. Quelles étaient donc les causes, de nature générale et celles propres à l'Allemagne, à la base de la création et du développement de l'assurance sociale (1) en tant que l'élément, sans doute, le plus important du système moderne de sécurité sociale ? Et quelles étaient les caractéristiques de ce système germanique (2) ?

1. Les causes de la création de l'assurance sociale en Allemagne.

Tout d'abord, et en commençant par les causes de nature générale, le régime d'assurance sociale devient un besoin important suite aux conséquences économiques et sociales de plus en plus complexes de l'industrialisation et de l'urbanisation au cours du XIX^{ème} siècle. D'un côté, l'ancien système de propriétaires terriens et de corporations était dissous, ce qui a entraîné, pour la famille, la perte de sa fonction d'unité productive et d'institution susceptible de fournir une aide en cas de besoin. D'un autre côté, et à cause des migrations de masse, la méthode traditionnelle d'assistance aux nécessiteux, basée sur l'aide de voisinage et la responsabilité de la communauté dont on était ressortissant, commençait à s'effondrer. Enfin, il faut marquer que dans le nouveau système « capitaliste », la détermination des salaires sera basée sur les lois économiques du marché, et non plus sur les besoins des travailleurs et de leurs familles. De plus, l'agriculture et le travail à domicile fournissaient moins de travail aux enfants, aux femmes, et aux personnes âgées qui dépendaient ainsi de plus en plus du revenu du salarié masculin. Et finalement, le risque d'accidents de travail et le chômage ont augmenté avec l'utilisation des machines. Tous ces nouveaux facteurs contribuèrent à l'accroissement du besoin de nouvelles formes de sécurité sociale.

En revanche, ces grands changements économiques et sociaux n'étaient pas les seules causes de naissance de l'assurance sociale. Il est évident que la sécurité sociale instaurée par la loi n'était pas simplement la réponse à un certain niveau d'industrialisation et d'urbanisation, avec leur cortège de problèmes sociaux. Si cela avait été le cas, les pays les plus industrialisés tels que la Grande-Bretagne, la Belgique, la France et non pas l'Allemagne, auraient été les premiers à se doter d'un système d'assurance sociale³³. Donc il y avait des causes propres à

³³ - Ibid., p. 9.

l'Allemagne qui ont donné naissance à l'assurance sociale dans ce pays et non pas dans un autre. Ces causes ont un caractère politique, puisque Bismarck a voulu stabiliser l'ordre institutionnel et social destiné à contrôler la classe ouvrière de l'industrie allemande, qui avait été politiquement mobilisée très tôt par rapport à d'autres pays européens. Et afin d'y parvenir, il a créé le système d'assurance sociale s'opposant aux idées socialistes devant la poussée de la classe ouvrière et resserrer la communauté nationale récemment unifiée³⁴. On conclut que les lois sur l'assurance sociale vinrent donc compléter celles de 1878 visant à contrer les socialistes, par lesquelles Bismarck tenta d'anéantir la social-démocratie et les syndicats socialistes qui étaient ses alliés.

2. Les caractéristiques du système allemand.

Le système allemand des assurances sociales présente un certain nombre de caractéristiques qui lui ont donné son originalité, et on peut distinguer quatre principes fondamentaux³⁵ définissant ce système dit "système bismarckien".

Premièrement, ce système présente un lien entre le travail et la protection sociale, parce que la protection présentée par ce système est exclusivement assurée aux salariés, donc elle est fondée sur le travail.

Deuxièmement, l'assurance sociale est obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain seuil, ne pouvant donc pas recourir à la prévoyance individuelle, puisque le concept de l'assurance sociale étant de protéger les pauvres contre les risques de la vie.

Troisièmement, la protection est fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité entre les prestations et les cotisations³⁶. Ce système diffère de l'assurance privée puisque dans cette dernière, les cotisations sont proportionnelles aux risques. C'est pour cette raison que l'on parle, en ce domaine, de « socialisation du risque ». Et il faut bien marquer que le

³⁴ - BRASSEUL Jacques, *Op.cit.*, p.41.

³⁵ -, « la protection sociale », Sénat, disponible en ligne sur : <http://www.senat.fr>, (consulté le 11 novembre 2011).

³⁶ - Sur la tarification du risque, V. KRAJESKI Didier, *Droit des assurances*, édit. Montchrestien, Lextenso Éditions, Paris, 2008, p. 141.

financement repose sur le partage des cotisations entre le salarié et l'employeur en ajoutant une subvention de l'État.

Dernièrement, l'assurance sociale est gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes, ce qui donne plus de transparence dans la pratique de gérance. On voit bien que cette politique de gérance est basée sur le principe de mutualité, où l'adhérent est en même temps l'assuré et l'assureur.

B. La création de l'assurance maladie en 1883.

La politique d'assurance sociale se traduit par trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie, la première loi était instaurée en 1883 pour la prise en charge de la maladie³⁷, la deuxième loi concernait l'assurance accident du travail en 1884, et finalement, l'assurance invalidité et vieillesse en 1889. Mais le système de Bismarck a des racines plus anciennes, puisqu'en 1873, près de la moitié de la population concernée par la future loi de 1883 était déjà membre d'une caisse de maladie. Deux millions d'ouvriers sur huit étaient affiliés dans les dix milles caisses existantes déjà³⁸. La loi de responsabilité civile en 1871 expose les employeurs à des indemnités très lourdes, en cas d'accident, si l'ouvrier peut faire preuve devant la justice d'une faute de l'entreprise. En 1876, une loi d'Empire régleme les caisses sans instaurer cependant d'obligation d'assurance³⁹.

L'organisation de l'assurance maladie en premier lieu n'a pas été un hasard. En effet, la protection contre les risques de maladie est considérée comme étant la plus importante, puisque la santé de la population est un indice nécessaire et important pour avoir un État économiquement fort.

Cette assurance maladie était obligatoire pour les travailleurs de l'industrie ayant un revenu inférieur à 2000 marks par an. Avec la loi du 5 mai 1886, cette assurance s'est étendue pour couvrir les ouvriers agricoles⁴⁰. Par ailleurs, une autre loi du 30 juin 1900, fit bénéficier les travailleurs à domicile, les domestiques et les artistes dramatiques. Finalement, une loi du 25

³⁷ - TAURAN Thierry, *Op.cit.*, p. 19.

³⁸ - DUMONT Jean-Pierre, *les systèmes étrangers de sécurité sociale*, Éd. Economica, Paris, 1988.

³⁹ -BRASSEUL Jacques, *Op.cit.*, p. 54.

⁴⁰ - *Ibid.*, p. 55.

mai 1913 vint couvrir les employés de commerce⁴¹. Cette série de lois avait pour but d'étendre la protection sociale, ou plus précisément l'assurance maladie, à tous les travailleurs, puisque cette protection est considérée comme un besoin fondamental, d'une part pour les personnes assurées, en protégeant leur santé et leur revenu, et d'autre part, pour l'État, en protégeant l'économie nationale. Mais comme les ouvriers sont censés être les premières victimes de la dissolution des cadres traditionnels, ils sont principalement concernés par l'assurance maladie, donc on trouve au centre du système bismarckien les ouvriers de la grande industrie, des mines, du chemin de fer, de la construction, c'est-à-dire les emplois nouveaux nés de l'industrialisation.

La loi de 1883 indique que le financement se fait par un prélèvement de 3% sur les salaires, 2/3 payés par les salariés, et 1/3 par les employeurs. En plus cette loi a donné droit à une indemnité journalière, en cas d'arrêt du travail à cause d'une maladie, à partir du 3^{ème} jour de la maladie, égale à la moitié du salaire pendant 13 semaines. Elle prévoit en outre une indemnité journalière de maternité de 20 fois le salaire moyen, de trois semaines après l'accouchement. Enfin cette loi a précisé que les consultations et les médicaments sont gratuits, et le traitement à l'hôpital sera possible si la caisse d'assurance maladie le décide.

Les textes qui ont organisé l'ensemble de ce dispositif ont été codifiés en Allemagne en 1911, dans le cadre d'un code des assurances sociales. Ils ont été complétés par des réformes ultérieures. Leur succès ne se fera pas attendre, puisque de nombreux pays du centre et du sud de l'Europe reprendront en matière sociale les principes bismarckiens⁴².

C. L'influence des lois bismarckiennes sur les pays du monde.

La création de l'assurance sociale en Allemagne, a exercé une influence importante sur l'évolution des systèmes de protection sociale⁴³. Plusieurs États se sont inspirés des principes adoptés par le chancelier Bismarck et se sont dotés dès la fin du XIX^{ème} siècle, principalement au profit des salariés, des systèmes d'assurances sociales. Ceci intéresse particulièrement la France, car les principes généraux de Bismarck ont été conservés en

⁴¹ -DURAND Paul, *la politique contemporaine de sécurité sociale*, Dalloz, 2005, p. 59.

⁴² - TAURAN Thierry, *Op.cit.*, pp. 19, 20.

⁴³ - DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz 12^{ème} édition, 2008, p. 8.

Alsace et en Lorraine, après la réintégration des départements recouverts en 1918. Les lois bismarckiennes ont d'ailleurs exercé sur la législation appliquée aux autres départements français une profonde influence.

En outre, beaucoup de législateurs nationaux reprennent les principes de l'assurance sociale et les adaptent à leur environnement. Dans son ouvrage magistral sur « la politique contemporaine de sécurité sociale », Paul DURAND cite les États suivants ayant introduit un ou plusieurs régimes d'assurance sociale avant 1939 : Afrique du sud, Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Danemark, Espagne, Equateur, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie (juste avant 1917), Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Venezuela, Yougoslavie⁴⁴.

Enfin, le modèle bismarckien d'assurance sociale a eu très rapidement un retentissement mondial. En effet, l'organisation internationale du travail (OIT) s'en est inspirée et elle a adopté une série de conventions d'assurances sociales avant la seconde guerre mondiale, qui concernent la maladie et la maternité.

Cette énorme influence du système bismarckien sur les autres systèmes des pays du monde, est apparue car la mise en place des assurances sociales en Allemagne est une innovation considérable. Pour la première fois, un système combine le principe des assurances privées, représenté par les cotisations des individus, et la notion de protection collective et assurances sociales puisque c'est la société qui les met en place et les rend obligatoires. Autrement dit, le modèle bismarckien a donné naissance à la première forme d'État providence⁴⁵.

Mais d'un autre côté, ce système n'a pas répondu à tous les besoins déjà existants, puisqu'il ne couvre pas toute la population, même pas tous les salariés, bien qu'il soit élargi, donc on ne peut pas encore parler de sécurité sociale. Pour cela, depuis les années soixante-dix, la majorité des pays de tradition bismarckienne ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universel. La protection sociale s'est généralisée au fil du temps à la

⁴⁴ - DURAND Paul, *Op.cit.*, p. 63.

⁴⁵ - L'expression apparaît pour la première fois sous la plume d'un député français sous le Second Empire, Émile Olivier (1825-1913).

plupart des salariés⁴⁶, et peu à peu à des catégories de population initialement non protégées comme les employés, les étudiants, et les travailleurs indépendants⁴⁷. Précisément en France, les assurances sociales obligatoires, basées sur le modèle allemand, créés par la loi du 1^{er} juillet 1930, pour les risques de maladies, invalidité et vieillesse, sont généralisées par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Paragraphe 2 : Le principe universel.

Après avoir expérimenté le système Bismarckien, la Grande-Bretagne inventa son propre modèle de sécurité sociale⁴⁸. C'est au mois de juin 1941 que M. Arthur Greenwood, ministre sans portefeuille, chargé d'étudier les problèmes de la reconstruction, annonça à la chambre des communes de Grande-Bretagne la constitution d'un comité interministériel, auquel il demandait de « *procéder à un examen général des systèmes d'assurances sociales et des services annexes, existant à l'échelon national, y compris les accidents du travail, et de présenter des recommandations en vue d'améliorer ce régime* ». La présidence du comité fut confiée à l'économiste anglais M. William Beveridge (1879-1963). Celui-ci possédait une expérience concrète de ces problèmes. Il avait dirigé, dès 1908, les services du placement et collaboré en 1911, avec M. Winston Churchill, à ceux de l'assurance chômage. En 1934, il avait été nommé président du comité de l'assurance chômage.

Ainsi, grâce à ses expériences dans le domaine de la protection sociale, Lord Beveridge avait été chargé de réfléchir aux conséquences de la crise des années trente et de la guerre pour résoudre les problèmes de l'assurance britannique (A). Il va proposer en 1942, dans un rapport, appelé rapport de Beveridge (B), une première réflexion d'ensemble sur le rôle de la

⁴⁶ -....., « Les réformes à l'étranger », disponible en ligne sur : <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-343.pdf>, [consulté le 15 novembre 2011].

⁴⁷ -....., « la protection sociale », Sénat, disponible en ligne sur : http://www.senat.fr/lc/lc10/lc10_mono.html#haut, [consulté le 11 novembre 2011].

⁴⁸ - L'expression « sécurité sociale » est tirée de l'anglais, où le terme de *Social Security*, attribué dès 1908 à Winston Churchill, est établi fermement et effectivement dans le plan Beveridge de 1942 qui inaugure le système britannique de l'après-seconde guerre mondiale. Elle passe en français en 1945 via le plan de Pierre Laroque, le « Beveridge français », dont l'objectif est très précisément de « réaliser la sécurité sociale, c'est-à-dire garantir à tous les éléments de la population qu'en toutes circonstances ils jouiront de revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale ». Pour plus d'information: BARBIER Jean-Claude et THERET Bruno, *Le système français de protection sociale*, édit. La Découverte, Paris, 2009, p : 4. LOROQUE Pierre, « le plan français de sécurité sociale », revue française de travail, 1, 1946.

sécurité sociale. Ce rôle est bien déterminé, d'après lui, par la protection de tous les citoyens contre les différents risques sociaux indépendamment de leur situation professionnelle. Pour cela, la formule de Lord Beveridge est considérée comme étant le facteur premier de réduction des inégalités sociales face aux risques et aléas de l'existence⁴⁹. Grâce à cette formule, Le Royaume-Uni deviendra la référence historique de « l'État-providence national »⁵⁰, et les systèmes nationaux de sécurité sociale de plusieurs pays du monde seront donc influencés par ce système dit beveridgien (C). Enfin, la sécurité sociale revêt aussi le caractère d'un droit inscrit au nombre des droits fondamentaux de l'homme⁵¹.

A. Le système de l'assurance sociale britannique.

Après l'examen du système d'assurance sociale britannique, Lord Beveridge, qui était le président du comité interministériel chargé durant la seconde guerre mondiale par le gouvernement britannique de préparer un rapport sur le système d'assurance sociale, a critiqué le régime d'assurance maladie obligatoire et l'a considéré comme « *trop limité avec le système du plafond d'affiliation, trop complexe avec la multitude des caisses et mal coordonné* ». L'essentiel de l'examen de la législation anglaise révéla deux ordres de défauts : l'insuffisance (1) et la complexité (2). Pour cela la reconstruction proposée par Lord Beveridge devait tendre à y remédier par l'unification et par l'extension du régime des assurances sociales.

⁴⁹ -Il faut indiquer que pendant la guerre, le mouvement ouvrier allemand élaborait un concept en quelque sorte analogue aux propositions formulées à la même période par William Beveridge. Il s'agissait d'un système de sécurité sociale couvrant la population tout entière. Ce plan impliquant des dépenses considérables, ne fut cependant mis en œuvre qu'après la fin de la guerre à cause de l'opposition des ministres du Travail, des Finances et de l'Économie, des industriels et de l'Ordre des médecins. Pour plus d'information : RITTER Gerhard, « La sécurité sociale en Allemagne de Bismarck à nos jours », cité in : Comité d'histoire de la sécurité sociale, *un siècle de protection sociale en Europe*, Edit. La Documentation française, Paris 2001, p. 13.

⁵⁰ - MAGNIADAS Jean, *Op.cit.*, p.10.

⁵¹ - PRETOT Xavier, «Le droit à la sécurité sociale», cité in : Comité d'histoire de la sécurité sociale, *un siècle de protection sociale en Europe*, Edit. La Documentation française, Paris 2001. p. 267.

1. L'insuffisance.

En vue d'étudier le régime anglais d'indemnisation des risques sociaux, des enquêtes entreprises ont été réalisées dans les principales villes de Grande-Bretagne. Les enquêteurs étaient parvenus aux mêmes conclusions affirmant que 12% des familles anglaises se trouvaient dans le besoin⁵².

Cette situation de besoin provenait de deux causes. Premièrement, l'état de besoin était souvent provoqué par la perte complète de l'emploi, ou bien par l'interruption partielle du travail. En revanche, ces deux risques sont insuffisamment compensés par le système d'assurance sociale britannique parce que d'une part, ce système, influencé par le système bismarckien⁵³, avait un domaine d'application trop limité et ne concernait que les salariés, négligeant les fonctionnaires et les membres des professions libérales. En plus, la législation excluait de l'assurance les employés dont la rémunération annuelle excédait un certain plafond par an. D'autre part, les prestations étaient insuffisantes puisqu'elles étaient soumises à des conditions très strictes, ou valaient un montant trop faible. Cette insuffisance des prestations est bien remarquable parce que les allocations maladie n'étaient versées que pendant une durée de 26 semaines, et les prestations de l'assurance maladie ne concernaient que l'assuré, et non les personnes à charge, dont les enfants et la femme de l'assuré. Cette dernière, ne percevait qu'une allocation fixe en cas de maternité. Deuxièmement, l'état de besoin est causé par l'absence de compensation des charges de famille. Cette situation n'a pas seulement engendré une injustice sociale, elle a en plus provoqué une profonde crise démographique. On remarque qu'en Grande-Bretagne, le nombre des adolescents, âgés de moins de 15 ans, était 12.040.841 en 1912, ce chiffre est tombé à 11.940.167 en 1921, et à 10.825.072 en 1931⁵⁴. Cette crise démographique atteste du fait que les adolescents sont considérés comme des charges lourdes pour les familles. Cela est dû l'absence d'un système de sécurité sociale protégeant les enfants, ce qui a menacé l'avenir démographique de la Grande-Bretagne en diminuant le taux de reproduction en son sein.

Après avoir analysé le problème d'insuffisance, Lord Beveridge a trouvé que la solution résidait dans une politique consistant à étendre, le plus possible, le champ d'application des

⁵² - DURAND Paul, *Op.cit.*, p. 103.

⁵³ - Cf. *supra*, p.42.

⁵⁴ - DURAND Paul, *Op.cit.*, p. 107.

assurances sociales. Afin de parvenir à ce but, il a proposé d'étendre les assurances sociales dans trois directions. Premièrement, en protégeant, par des institutions de sécurité sociale, les personnes exclues des anciennes assurances sociales, afin de généraliser la sécurité sociale. Cette généralisation renforce la solidarité entre les membres d'une même nation, applique plus efficacement la redistribution du revenu national, et, en se basant sur la loi des grands nombres³⁵⁵, facilite la couverture des charges de la sécurité sociale. Deuxièmement, en couvrant, par le nouveau système de sécurité sociale, le plus grand nombre possible des risques sociaux. Finalement, en améliorant le régime des prestations par la suppression de tout délai limite qui suspend le droit des assurés aux prestations sociales surtout dans le domaine d'assurance maladie et maternité.

2. La complexité.

L'étude historique du système social britannique marque une multiplicité des services intéressés par l'indemnisation des risques sociaux. On distingue entre l'institution d'indemnisation des accidents du travail organisée en 1897 relevant du ministère de l'Intérieur, l'assurance maladie instituée en 1911 provenant du ministère de la Santé, l'assurance chômage créée en 1911 et généralisée en 1920 se rattachant au ministère de Travail, et finalement, le système d'assurance vieillesse qui remonte à 1925 émergeant de la Commission des douanes. Cette multiplicité avait comme résultat une augmentation du nombre des acteurs de l'assurance sociale, ce qui a créé une grande complexité, surtout au niveau de sa gestion.

Beveridge a trouvé que pour résoudre cette complexité, il est nécessaire d'unifier le système d'assurance sociale. Pour cela il a proposé, en premier lieu, de regrouper toutes les institutions qui concourent à la sécurité sociale. Ce regroupement permettra, grâce à une unique cotisation, de garantir tous les risques. Alors, on peut résumer la réforme de l'ancien régime anglais en une brève formule : « *une seule carte, un seul timbre, tous les risques* »⁵⁶. L'application de cette formule apportera une simplicité aux assurés, un gain de temps aux employeurs et à l'administration, et finalement des économies pour les entreprises. En second

⁵⁵ - c'est une loi utilisée par les gestionnaires des risques, qui consiste à diviser le cout d'un sinistre à la plus grand nombre possible des assurés.

⁵⁶ -DURAND Paul, *Op.cit.*, P. 112.

lieu, Beveridge a proposé d'unifier, en plus, le système de sécurité sociale pour le simplifier. Tout d'abord, en égalisant le taux des prestations pour les différents risques, ensuite, en imposant des conditions de contribution semblables, et enfin, en uniformisant le régime des délais de carence. Finalement, et pour éliminer toute complexité au niveau administratif, Beveridge a marqué qu'il faut regrouper dans un seul ministère, appelé ministère de la sécurité sociale, tous les services d'assurances sociales, même ceux de l'assistance. Cette modification est indispensable pour aboutir à l'unité de la législation de sécurité sociale et à l'unification du contentieux⁵⁷.

B. Le rapport de Beveridge.

Après l'examen général du système des assurances sociales et des services annexes, fait par le comité interministériel présidé par William Beveridge en vue de proposer des améliorations de la législation, les travaux s'orientent vers une unification et vers un développement du système dans une optique globale de protection. Celle-ci associe l'accès aux soins de santé pour tous, la garantie de revenu et le service de l'emploi, en but d'éliminer la pauvreté. Pour réaliser ce but, Beveridge a prévu un service national de santé, une assurance sociale nationale et une politique de plein emploi⁵⁸. Le service national de santé doit protéger l'ensemble de la population, en matière de prévention, de traitement maladies et de réadaptation. La protection inclut les soins ambulatoires et ceux octroyés à l'hôpital, donnés par des médecins généralistes et spécialistes.

Alors, présenté sous le titre *Social Insurance and Allied Services*, et publié le 2 décembre 1942, le plan de sécurité sociale présenté par Lord Beveridge est rapidement reconnu comme un élément de référence essentiel⁵⁹. En plus, le rapport de Beveridge est marqué d'une pierre blanche dans l'histoire de la sécurité sociale, tant celui-ci traduit une conception radicalement nouvelle de la protection contre les risques et aléas de l'existence et marque une étape fondamentale dans l'évolution des idées en matière de protection sociale.

⁵⁷ - Ibid., P. 113.

⁵⁸ - GREBER Pierre-Yves, « Les droits nationaux, sources principales de la sécurité sociale en Europe », cité in : KAHIL-WOLFF Bettina et GREBER Pierre-Yves, *Sécurité sociale : aspects de droit national, international et européen*, Ed. Helbing & Lichtenhahn/ Bruylant/L.G.D.J., Paris 2006, p.28.

⁵⁹ - MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, 2006. p. 26.

Fort du mandat qui lui est confié, Beveridge ne s'en tient pas à des simples mesures d'adaptation ou d'amélioration, mais propose d'instituer un système radicalement nouveau qui n'a d'autre objet que de « *libérer l'homme du besoin* »⁶⁰. Pour cela, le nouveau système beveridgien prolonge et élargit le système bismarckien en se reposant sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » qui sont : l'universalité (1), l'uniformité (2), et l'unité (3). La sécurité sociale offre ainsi des prestations uniformes à l'ensemble de la population, et est largement financée par les impôts et gérée par l'État, qui ne devait plus, selon Beveridge, partager avec les acteurs privés la responsabilité de la mise en œuvre de l'assurance sociale.

1. L'universalité.

Comme le souligne Guy Perrin, c'est « *la contribution essentielle de Beveridge à la conception moderne de la sécurité sociale. Depuis sa formation, ce principe n'a cessé d'exercer une action pressante et efficace en faveur de l'extension du champ d'application matériel et personnel des législations. Il prolonge en fait l'évolution historique des régimes d'assurance sociale qui, dès l'origine, ont étendu progressivement leur compétence à l'encontre de nouveaux risques en faveur de nouvelles catégories de bénéficiaires* »⁶¹. Dans le système beveridgien, les catégories de personnes ne sont plus définies en fonction de leur statut professionnel, comme c'était le cas dans le système bismarckien, dorénavant, le droit à la sécurité sociale est étendu à l'ensemble de la population active ou inactive. Effectivement, cette universalisation est proposée dans le plan de Beveridge pour les soins médicaux, les allocations de maternité, les pensions de retraite, les allocations au décès, et les allocations familiales. Cependant, les autres prestations comme les indemnités de maternité et de chômage ne sont envisagées que pour les travailleurs dans leur ensemble ou pour les seuls salariés⁶².

⁶⁰ - DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit.*, 2008, p.11.

⁶¹ -PERRIN Guy, *le Plan Beveridge*, p.48.

⁶² -GREBER Pierre-Yves, *Op.cit.*, p. 29.

2. L'uniformité.

Le rapport beveridgien annonce que le système de sécurité sociale doit garantir les mêmes prestations pour tous en appliquant le principe forfaitaire, indépendamment des revenus perçus antérieurement par l'assuré et du statut professionnel de celui-ci. Il s'y ajoute la gratuité des soins⁶³. L'idée est de ne pas reproduire, dans le système de sécurité sociale public, les inégalités existantes dans la distribution primaire des revenus. Donc, chaque individu bénéficie des services selon ses besoins. Ces besoins sont pris en considération au nom d'une solidarité naturelle entre les membres d'une collectivité nationale. Il s'agit d'assurer une meilleure répartition des revenus en fonction des besoins de chacun. La sécurité sociale revêt la forme d'un système de garantie d'un minimum social. En revanche, le système tient compte uniquement de la personne à charge, parce que les besoins augmentent si la personne assurée est financièrement responsable d'un tiers. Mais il faut remarquer que ce principe, qui n'établit pas de lien entre le salaire antérieur et le niveau de prestations, a l'inconvénient de ne pas assurer la sécurité du niveau de vie⁶⁴. Le principe d'uniformité vise également un financement par des cotisations obligatoires, à percevoir par catégorie de personne, par ailleurs, certains risques sont financés par voie fiscale. Ce principe est justifié par la volonté de reconnaître aux personnes protégées de la même catégorie l'égalité d'obligations et de droits au regard des diverses éventualités couvertes par la sécurité sociale.

3. L'unité.

Ce principe a pour rôle d'organiser administrativement la sécurité sociale et de la rendre plus simple. Du point de vue beveridgien, la couverture des risques doit s'inscrire dans le cadre d'un système unique, sous une autorité unique qui est le ministère de la sécurité sociale. Celui-ci est composé d'un service national de santé accessible à tous gratuitement et financé par les impôts, et d'un service national d'assurances sociales, appelé à servir les prestations en espèces et financé par des cotisations.

Finalement, il faut indiquer que le gouvernement britannique met en œuvre les propositions du rapport Beveridge par trois lois successives. Tout d'abord, la loi du 15 juin 1945, traitant

⁶³ - DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit.*, 2008, p. 11.

⁶⁴ - LAROQUE Michel, *Guide de la protection sociale*, Edit. Dunod, paris, 2001. p.28.

des allocations familiales, ensuite, la loi du 26 juill.1946 concernant l'indemnisation des accidents du travail, et finalement, la loi du 1^{er} août 1946 destinée aux assurances sociales. La loi du 6 novembre 1946 donne naissance enfin au *National Health Service*, qui garantit les soins à l'ensemble de la population⁶⁵.

C. L'influence sur les autres systèmes du monde.

Le rapport Beveridge a exercé une influence considérable sur l'opinion et sur les législations nationales, et par conséquent sur l'évolution des systèmes de protection sociale. Certains États ont déjà réorganisé leur système d'indemnisation des risques sociaux en s'inspirant des principes d'universalité, d'uniformité et d'unité, ou l'ont, tout au moins, perfectionné comme le Danemark, la Finlande, l'Irlande et la Suède. D'autres ont préparé des projets de réforme. Mais, à cause des difficultés économiques et de la résistance de certaines catégories socioprofessionnelles, comme c'était le cas en France, les principes marqués dans le plan de Beveridge n'ont pas influencé tous les systèmes de protection sociale des pays du monde. Et finalement, certains pays, dont le Liban, appliquent toujours le système bismarckien, même si leurs politiques sociales sont orientées vers la généralisation de la sécurité sociale.

Le retentissement mondial du plan Beveridge s'explique par plusieurs raisons. Premièrement, la publication de ce plan, jointe à l'adoption, en 1944, de trois grands instruments par l'OIT, permet véritablement l'émergence de la sécurité sociale. Ces instruments sont représentés, en premier lieu, par la déclaration de Philadelphie qui redéfinit les buts et objectifs de l'Organisation internationale du travail⁶⁶. Les deux autres instruments sont les recommandations OIT N° 67 sur la garantie des moyens d'existence, qui affirme que « *Tout régime de garantie des moyens d'existence devrait soulager le besoin et prévenir l'indigence* »⁶⁷, et N°69 sur les soins médicaux, qui note que « *Le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation*

⁶⁵ - DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit.*, 2008, p. 13.

⁶⁶- pour plus d'information voir la déclaration de Philadelphie disponible en ligne sur : http://www.aidh.org/Biblio/Text_fondat/OIT_01.htm, [consulté le 8 décembre 2011].

⁶⁷- pour plus d'information voir la recommandation N°67 disponible en ligne sur : <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?R067>, [consulté le 8 décembre 2011].

lucrative »⁶⁸. Deuxièmement, le plan est fondé sur le principe de l'universalité, or il y a là le fil rouge de l'évolution du droit international comme un droit national développé. L'universalité figure dans les textes de principe depuis 1948⁶⁹. Elle est pratiquement réalisée en Europe de l'Ouest et Centrale et devrait être retrouvée dans l'Est du continent. Dans certaines régions du Monde, la situation est en revanche extrêmement difficile⁷⁰. Finalement, le Plan est fondé sur une vision globale de la protection sociale, qui comprend tant les soins de santé que les revenus de remplacement à court et à long terme ainsi que le domaine de l'emploi⁷¹.

Section 2 : Vers un droit fondamental de l'homme.

On a vu que c'est l'appartenance à une communauté de travail et de travailleurs qui, dans le système bismarckien, permet l'octroi de prestations à un bénéficiaire. Cela est dû au fait que ce système a été créé pour protéger les personnes dites pauvres, et comme, après la révolution industrielle qui a eu lieu en Europe, les salariés étaient considérés comme étant la population la plus pauvre, c'était eux qui avaient vraiment besoin de la protection. En considérant un autre point de vue, le travailleur, grâce à son travail, participe de façon productive à la bonne marche de l'économie, ainsi la protection des travailleurs a comme conséquence un impact positif sur le développement de l'économie nationale. Et encore, le financement du système de protection sociale bismarckien est basé sur les cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs.

En revanche c'est « l'appartenance au sol » qui, dans le modèle beveridgien, constitue le critère déterminant pour le versement des prestations. Donc il suffit que le bénéficiaire ait une résidence stable sur le territoire d'un certain État pour que des prestations lui soient servies, cela en se basant sur le principe d'égalité sociale absolue entre les êtres humains, et en considérant que toute personne, que ce soit un salarié ou non, a besoin d'un niveau minimum

⁶⁸ - pour plus d'information voir la recommandation N°69 disponible en ligne sur : <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?R069>, [consulté le 8 décembre 2011].

⁶⁹ - Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 22 et 25.

⁷⁰ - les taux de couverture sont estimés à 5 et 10% de la population, en Afrique subsaharienne et en Asie du sud OIT. CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU TRAVAIL (89^e session-2001) : Rapport VI : Sécurité sociale. Questions, défis et perspectives. Bureau international du travail. Genève 2001, p. 4.

⁷¹ -GREBER Pierre-Yves, *Op.cit.*, p. 37.

de protection sociale. Le droit à la protection sociale est dès lors considéré comme un droit de l'homme, destiné à tout être humain et non pas aux seuls travailleurs. La confusion entre les travailleurs et les dits pauvres se trouva réduite, puisqu'un pourcentage des non-salariés s'est retrouvé dans la catégorie des « pauvres », surtout après la deuxième guerre mondiale. Et on peut remarquer clairement, que dans les pays en développement, comme le Liban, les travailleurs ne constituent pas la classe pauvre⁷² puisqu'ils peuvent avoir une situation économique plus favorable, comparée à celle de certaines classes sociales de non-travailleurs.

Cependant, au fil du temps, les deux systèmes bismarckien et beveridgien de sécurité sociale ont tendu à se rapprocher plus ou moins selon les pays. Ce rapprochement se voit, d'un côté par l'inclination des pays influencés par le système bismarckien, à étendre le champ d'application de leurs systèmes de sécurité sociale à des catégories de personnes non-salariées, tel que les agriculteurs et les artisans, en considérant, qu'ils ne se différencient des salariés que par leur statut juridique comme travailleurs indépendants et non pas par leur situation de pauvreté, et que le besoin de la protection contre les risques sociaux, surtout la protection sanitaire, est devenu une nécessité pour chaque être humain et non pas pour les seuls salariés, comme l'a montré notamment l'exemple français par l'application des lois de généralisation de la sécurité sociale dès l'année 1945. D'un autre côté, le rapprochement se voit, par la réduction de l'application de l'*uniformité*, en matière de prestations, dans les systèmes de sécurité sociale des pays influencés par les principes de Beveridge, même dans le pays d'origine qui est la Grande-Bretagne. Cette réduction a résulté de la pression des travailleurs, qui ont demandé à lier les prestations sociales au revenu de la personne, et par conséquent à appliquer la relation entre le salaire d'une part, et les cotisations sociales et les prestations d'une autre part. Cela donna, à ce moment, aux travailleurs, une possibilité d'avoir des prestations supplémentaires à celles de base, correspondants à leur revenu. On peut conclure que les pays qui ont considéré, à une certaine époque, que toute personne a droit à la sécurité sociale en se basant sur le principe d'égalité absolue (principe d'uniformité marqué par le rapport de Beveridge), ont jugé, dans leurs nouvelles législations, que les travailleurs méritent d'avoir des protections spéciales et plus efficaces en tenant compte de leurs aspirations.

⁷²- CHOUFANI Naji, *les bénéficiaires de la sécurité sociale libanaise*, tome 1, deuxième édition 1987,p. 268.

Mais au-delà de ce rapprochement, on remarque que les principes des systèmes bismarckien et beveridgien se sont développés de façon inégale, puisque le droit à la protection sociale est devenu, de nos jours, un droit de l'homme, comme Beveridge l'a précisé dans son rapport, et non pas un seul droit des salariés ou plus généralement des travailleurs, comme Bismarck l'a indiqué par ses lois. Cela peut être bien déterminé en se focalisant sur l'étude du droit à la sécurité sociale dans le cadre de droit international, qui se présente par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (paragraphe 1) qui donne un avis général dans le domaine de sécurité sociale, et plus spécifiquement par les Organisations Internationales spécialisées (paragraphe 2) dans ce même domaine qui sont l'organisation internationale du Travail (OIT), et l'organisation internationale de la Santé (OMS).

Il faut noter évidemment, que ces trois organisations jouent un rôle majeur dans le domaine de la sécurité sociale, et posent leurs effets sur les systèmes appliqués dans les pays du monde, notamment dans les États du Continent européen qui sont, tous, membres de ces organisations, et par là directement intéressés par leurs instruments juridiques. En revanche, ce rôle est limité aux pays ratifiés, puisque l'action normative de l'ONU comme d'ailleurs celle de l'OIT et de l'OMS, relève du droit international classique. Ainsi, les textes s'adressent essentiellement aux États, même si « *le droit international public contemporain laisse entrevoir, dans un certain nombre de domaines, la prise en compte croissante de l'individu*⁷³», et ces États s'engagent en ratifiant les conventions internationales. L'essentiel est que tous les textes internationaux posent le droit de toute personne à accéder à la protection sociale⁷⁴, alors c'est un objectif d'universalité qu'ils dessinent⁷⁵.

⁷³- KAHIL-WOLFF Bettina, *L'individu en tant que sujet de droit international public*, Revue de droit suisse, NF Band 116, 1997, I, Heft 2, pp. 202 Sv.

⁷⁴- Pour une analyse du droit à la sécurité sociale à travers les textes internationaux, voir PETIT Franck, *le concept français de sécurité sociale à la lumière du droit international et du droit communautaire*, thèse, Bordeaux IV, 2001 ; J.-J. Dupeyroux, *le droit à la sécurité sociale dans les déclarations et pactes internationaux* », Dr. Soc. 1960 p.365. ; voir également Y. Chauvy, *les normes supérieures du droit de la sécurité sociale*, RDP 1996 p. 991. Dr. Soc. : Droit social, RDP : revue du droit public.

⁷⁵- CAMAJI Laure-Emmanuelle, *La personne dans la protection sociale. Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires de prestations sociales*, thèse soutenue en 2006. Edit. Dalloz, Paris, 2008, p.26.

Paragraphe 1 : L'Organisation des Nations Unies (ONU)

L'organisation des Nations Unies est une organisation internationale intergouvernementale, de coopération, à vocation universelle⁷⁶. Elle a adopté des textes constitutifs(A) représentés par la charte des Nations Unies, et des textes de principes (B) représentés par les conventions internationales.

A. Les textes constitutifs.

Une conférence internationale s'est ouverte à San Francisco le 25 avril 1945, alors que la seconde guerre mondiale touchait à sa fin. Ce fut « *la plus grande conférence constituante jamais vue dans l'histoire de l'humanité* » relève Michel VIRALLY⁷⁷. Elle a adopté la Charte des Nations Unies le 26 juin 1945, laquelle est entrée en vigueur, une fois les ratifications acquises, le 24 octobre 1945⁷⁸.

L'importance de la Charte des Nations Unies se traduit par le fait qu'elle appartienne à la catégorie des traités internationaux constitutifs. Ce type de texte n'est pas seulement une convention ordinaire. Pierre-Marie Dupuy précise ainsi que : « *A raison de son objet, qui détermine évidemment son contenu, il est aussi un acte singulier, puisqu'il crée une institution dotée de permanence et de compétences propres*⁷⁹ ». De plus, Michel VIRALLY remarque que : « *Par sa souplesse et par ses virtualités, la Charte peut être considérée comme une bonne constitution* »⁸⁰.

Dans son préambule, la Charte des Nations Unies se réfère à la nécessité d'écarter le fléau de la guerre, à l'attachement aux droits fondamentaux de l'être humain, au progrès social, au recours « *aux institutions internationales pour favoriser le progrès économique et sociale de tous les peuples* ». L'un des buts des Nations Unies, tels qu'exprimés dans l'art. 1 de la

⁷⁶- DUPURY Pierre-Mrie, *Droit international publique*, 6^e éd. Dalloz, Paris 2002, p.110.

⁷⁷- VIRALLY Michel, *L'organisation mondiale*, Armand Colin, Paris 1972, p.48.

⁷⁸- *Ibid.*, pp. 48 et 50.

⁷⁹- DUPURY Pierre-Mrie, *Op.Cit.*, p.148.

⁸⁰- VIRALLY Michel, *Op.Cit.*, pp. 49-50.

Charte, consiste à « *Réaliser la coopération internationale en résolvant les problèmes internationaux d'ordre économique, social, intellectuel ou humanitaire, en développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion* ». Le chapitre IX de la Charte est consacré à la coopération économique et sociale internationale. L'art. 55 donne mandat aux Nations Unies de notamment favoriser le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi, le progrès social, de trouver des solutions aux problèmes internationaux dans les domaines économique, social, et de la santé publique. L'art. 56 engage les États membres « à agir, tant conjointement que séparément, en coopération avec l'Organisation » pour réaliser les buts énoncés à l'art. 55. De plus, l'art. 57 se réfère aux institutions spécialisées, liées à l'Organisation, qui œuvrent par exemple dans le domaine social et de la santé publique et l'art. 62 donne compétence au Conseil économique et social de faire ou de provoquer des études sur des questions internationales dans les domaines économique, social, et de la santé publique. Ce Conseil peut formuler des recommandations, il peut préparer des projets de conventions à l'intention de l'Assemblée générale.

Donc on remarque que la charte a attiré l'attention aux problèmes sociaux, et a insisté à respecter les droits de l'homme dont le droit à la sécurité sociale, qui est devenu un de ces droits fondamentaux, mais ces textes constitutifs ont une valeur plutôt symbolique, pour cela, et pour les rendre plus efficaces, l'organisation des Nations Unies a adopté des textes de principe qui ont pour but d'organiser le domaine social et qui sont centrés sur le droit à la sécurité sociale.

B. Les textes de principe.

Les textes de principe adoptés par les Nations Unies et qui concernent le droit à la sécurité sociale, sont représentés en premier lieu par la Déclaration universelle des droits de l'homme(1) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (2). Ces deux textes montrent la contribution essentielle des Nations Unies dans le domaine étudié, consistant à la placer, au-delà de toute référence notamment professionnelle, le droit à la sécurité sociale parmi les droits de l'être humain. Dans le cadre d'autres conventions, les Nations Unies se sont penchées sur la situation des enfants (3) et ont cherché à lutter contre les discriminations à l'égard des femmes (4).

1. La Déclaration universelle des droits de l'homme.

La Déclaration universelle des droits de l'homme a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948. Dans ses considérants, elle se réfère à la Charte de l'ONU et singulièrement à la proclamation, dans ce texte constitutif, des droits fondamentaux de l'être humain, de la dignité et de la valeur de la personne humaine. La Déclaration universelle a pour but d'exprimer « l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations », dont il faut « assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives »⁸¹. L'article 1 pose le principe de l'égalité des êtres humains et l'article 2 entend proscrire toutes les formes de discriminations. Par ailleurs, Deux dispositions de la Déclaration revêtent une importance déterminante pour la sécurité sociale:

L'art. 22 dispose que : *« toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indisponibles à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».*

L'art. 25 dispose que : *« toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».*

L'art. 22 de la Déclaration est conçu dans un sens large, introduisant les droits économiques sociaux et culturels. Dès lors, les termes de sécurité sociale ont, dans cette disposition, un sens beaucoup plus large que celui qui est généralement admis de nos jours⁸². La notion de la sécurité sociale résulte de l'art. 25 de la Déclaration, qui se réfère expressément à la garantie

⁸¹- Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

⁸²- BERENSTEIN Alexandre, *Le développement et la portée des droits économiques et sociaux*, Travail et Société, vol. 7, N°3, juillet-septembre 1982, pp. 311 Sv.

d'un niveau de vie suffisant, et qui marque clairement que toute personne, que ce soit un travailleur ou non, doit être assurée contre les risques sanitaires, et cette assurance ne peut pas être appliquée que par la couverture des frais de soins médicaux, donc en appliquant un système d'assurance maladie universel.

L'importance de la Déclaration est fondamentale, puisque le droit à la sécurité sociale a pris place parmi les droits de l'être humain, il est reconnu, dans ce texte de principe, selon une conception universelle, en indiquant que toute personne, quel que soit son statut (avec ou sans activité rémunérée), sans aucune discrimination, a donc droit à la sécurité sociale⁸³. Cette reconnaissance fait partie de « l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations »⁸⁴.

2. Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966⁸⁵. Il se réfère à la Charte de l'ONU comme à la Déclaration universelle des droits de l'homme. À la différence de cette dernière, le Pacte est un instrument ouvert à la ratification par les États (art. 26) et il fait l'objet d'une procédure de contrôle sur la base de rapports (art. 16 Sv.). Le pacte reconnaît le principe de l'égalité des êtres humains, chaque personne devant pouvoir bénéficier des droits sans aucune discrimination (art. 2, § 2, et 3).

La disposition centrale du Pacte, pour notre domaine, est l'art. 9, dont la teneur est la suivante : « les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales ». L'art. 10 traite de la protection des mères, enfants, adolescents et de la famille en générale. L'art. 12 reconnaît « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Les États parties au Pacte sont au nombre de 160 au 03 février 2012⁸⁶ dont le

⁸³- PERRIN Guy, *La reconnaissance du droit à la protection sociale comme droit de l'homme*, Colloque de Grenoble 1983, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, Paris 1983, pp. 153 Sv.

⁸⁴- Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

⁸⁵- À la même date, l'assemblée générale des Nations Unies a adopté le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

⁸⁶- Cite officiel de Nations Unies : <http://treaties.un.org> [Consulté le 3-2-2012].

Liban et la France, cependant ces deux pays ne sont pas parmi les signataires du Pacte qui sont au nombre de 70. En revanche, le manque de ratification ne veut pas dire que l'État n'applique pas un système de sécurité sociale universel conformément à l'article 9 de ce pacte. En effet, la France, un des États n'ayant pas ratifié, applique ce système surtout dans le domaine de l'assurance maladie. De plus, la Loi libanaise de sécurité sociale marque clairement par son article 12, qu'il faut généraliser le système de sécurité sociale pour qu'il soit universel, mais cet article n'est, jusqu'à nos jours, pas entré en vigueur.

Le Pacte est plus développé par rapport à la Déclaration universelle surtout par sa forme juridique parce que c'est un instrument de nature conventionnelle, donc il est ouvert à la ratification, et les États qui procèdent à cette dernière s'engagent juridiquement. Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (ONU) relève ainsi que : « l'État qui ratifie (le Pacte) prend la responsabilité solennelle de s'acquitter de toutes les obligations qui en découlent et d'assurer la compatibilité de ses lois nationales avec ses obligations internationales, dans un esprit de bonne foi. Par conséquent, en ratifiant les instruments relatifs aux droits de l'homme, les États deviennent responsables devant la communauté internationale, devant les autres États qui ont ratifié les mêmes textes ainsi que devant leurs citoyens et tous ceux qui résident sur leur territoire »⁸⁷.

Si on compare, d'une part les textes des articles 22 et 25 de la Déclaration universelle et, d'autre part, celui de l'art.9 du Pacte, on constate que le second est nettement moins explicite. L'indication : « y compris les assurances sociales », à l'exemple de Jean-Jacques Dupeyroux⁸⁸ et de Guy Perrin⁸⁹, montre que le Pacte ne se limite pas à une protection minimale (minimum vital), mais s'ouvre à des prestations établies par rapport aux gains antérieurs, une caractéristique des assurances sociales. Cela peut être considéré comme le résultat du rapprochement qui a eu lieu entre les systèmes bismarckien et beveridgien en appliquant le droit à la sécurité sociale pour tous et en donnant des prestations proportionnelles aux revenus.

⁸⁷- Haut-Commissariat aux droits de l'homme : Fiche d'information N°16 (Rev.1), « le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ». Nations Unies. Genève, août 1996, p.2, disponible en ligne sur : <http://www.unhchr.ch>. [Consulté le 3-2-2012].

⁸⁸- DUPEYROUX Jean-Jacques, *Le droit à la sécurité sociale dans les déclarations et pactes internationaux*, Droit social 1960, pp. 365 Sv.

⁸⁹- PERRIN Guy, *Les fondements du droit international de la sécurité sociale*, Droit social 1974, pp. 479 Sv.

3. La convention internationale relative aux droits de l'enfant.

La convention internationale relative aux droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989. L'instrument se réfère à la Charte de l'ONU, à la Déclaration universelle et aux pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ainsi qu'à d'autres instruments internationaux relatifs aux enfants. La convention rappelle l'enjeu : « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance » (9^e considérant). Il en résulte que les enfants bénéficient à la fois de la protection à garantir à tous les êtres humains et de règles qui leur sont particulièrement destinées. La convention bénéficie d'un taux exceptionnel de ratifications. Les États parties à la convention sont au nombre de 193 au 03 février 2012⁹⁰ et les États signataires sont au nombre de 193 dont le Liban et la France depuis 26 janvier 1990.

L'art. 26 de la convention internationale relative aux droits de l'enfant est la disposition la plus générale au regard du sujet étudié. Sa teneur est la suivante : « 1. les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale. 2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom ». Le texte opte pour l'universalité (« *tout enfant* ») conformément aux principes beveridgien, donc il ne rattache pas les enfants à la situation professionnelle de leurs parents. En revanche, le système libanais de sécurité sociale considère les enfants comme étant des ayant droit et non pas comme des propres assurés. Ainsi, bien que le Liban ait signé cette convention, il ne l'applique pas et ne respecte pas le caractère universel marqué par l'art. 26. En effet, il ne donne pas droit à la prestation de sécurité sociale à tous les enfants même en matière d'assurance maladie. Cependant, la

⁹⁰ - Site officiel de Nations Unies : <http://treaties.un.org>.

France, avec l'orientation généralisatrice de son système de sécurité sociale, a réussi, depuis l'année 2000, à assurer une couverture universelle. Par conséquent, tous les enfants sont couverts, surtout en ce qui concerne l'assurance maladie, par l'application de la couverture maladie universelle. D'un autre côté l'art. 26 ne définit pas le contenu de la sécurité sociale, mais le rattache en partie aux assurances sociales, ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une vision seulement « minimaliste », par là on peut tirer le rapprochement avec les principes bismarckien.

4. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979. L'instrument se réfère à la Charte de l'ONU, à la déclaration universelle et aux Pactes relatifs aux droits de l'homme, de même qu'aux autres instruments de droit international consacrés au même sujet. Les États parties à la convention sont au nombre de 187 au 03 février 2012⁹¹ et les États signataires sont au nombre de 99. Le Liban adhéra à cette convention le 16 avril 1997, tandis que la France a signé cette convention le 17 juillet 1980 et l'a ratifié le 14 décembre 1983.

Dans les considérants, les États parties à la convention expriment leur préoccupation à l'égard des discriminations importantes qui subsistent à l'égard des femmes, ils rappellent que ces situations violent les principes de l'égalité des droits et du respect de la dignité humaine, qu'elles entravent la participation des femmes à la vie politique, sociale, économique et culturelle de leur pays.

À l'art.11 de la convention, les États parties s'engagent de manière plus concrète à éliminer les discriminations dans le domaine de l'emploi, de la formation, du « droit à la sécurité sociale, notamment aux prestations de retraite, de chômage, de maladie, d'invalidité et de vieillesse ou pour toute autre perte de capacité de travail » (§1, lit.4), du droit à la protection de la santé et à la sécurité dans le travail. L'art.12 vise plus spécifiquement la prise de

⁹¹- Cite officiel de Nations Unies : <http://treaties.un.org> [Consulté le 3-2-2012].

mesures dans le domaine des soins de santé en vue d'assurer « sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille », à quoi s'ajoute la protection relative à la maternité. L'art.14 demande aux États de tenir compte des problèmes qui se posent aux femmes vivants dans des régions rurales, lesquelles doivent aussi avoir accès aux services de soins de santé et de sécurité sociale.

On peut dire, qu'en France comme au Liban, il n'existe pas des problèmes de mauvaise application de la convention, du point de vue de la discrimination dans le domaine du droit à la sécurité sociale. Mais au Liban, le souci est que la deuxième femme d'un assuré comme la femme divorcée, ne peuvent pas avoir la qualité d'un ayant droit d'après l'art.14 §2.b de la loi de la sécurité sociale, donc ces femmes ont besoin d'être assurées à titre personnel pour avoir droit à la sécurité sociale, et comme le système libanais n'est pas un système universel, on retrouve beaucoup de femmes qui n'ont pas droit à la sécurité sociale. Par contre, ce problème n'existe pas en France puisque la loi civile française ne donne pas droit à un homme de se marier avec plusieurs femmes. Et au-delà de cette loi civile, l'existence d'une couverture maladie universelle dans le domaine de l'assurance maladie en France depuis l'année 2000, élimine cette situation puisqu'elle donne droit à tous les résidents, et par conséquent à toutes les femmes, même les divorcées, d'avoir une assurance maladie-maternité. Pour cela, on peut conclure que l'application d'un système universel au Liban peut être la meilleure solution pour éliminer non pas seulement la discrimination entre les femmes et les hommes mais en plus tous genre de discrimination entre tous les êtres humains.

Paragraphe 2 : Les organisations internationales spécifiques au domaine de sécurité sociale.

Deux organisations internationales, spécifiques au domaine de sécurité sociale, se présentent pour jouer un rôle important dans la généralisation du droit à la sécurité sociale. La première c'est l'organisation internationale du Travail (A) qui résout la matière de droit à la sécurité sociale dans toutes ses branches et qui dépasse les limites professionnelles en touchant par ses déclarations et ses recommandations tous les êtres humains. La deuxième c'est l'organisation internationale de la santé (B) qui donne à la branche d'assurance maladie-

maternité une spécificité remarquable en considérant que le droit à la santé est un droit fondamental pour tout être humain.

A. L'organisation internationale du travail.

La voie vers une réglementation internationale des questions liées au travail avait été préparée, dès le XVIII^e siècle, par des esprits éclairés, ainsi que par des initiatives officielles. C'est cependant la Première guerre mondiale qui va jouer un rôle décisif, puisque les organisations ouvrières ont exercé de fortes pressions sur les gouvernements participant à la Conférence de la paix et obtinrent l'inclusion dans le traité mettant fin à la guerre⁹² de dispositions créant l'Organisation internationale du Travail, qui a joué un rôle marquant en matière de droit à la sécurité sociale, au-delà de son rôle en matière de droit du travail, par ses textes constitutifs (1) et ses textes de principes (2).

1. Les textes constitutifs.

Les textes constitutifs adaptés par l'OIT se présentent par la Constitution de l'OIT de 1919 qui comprend un préambule important en domaine de travail. Ce préambule de 1919 a signé que : « *Attendu qu'une paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale ; (...) Attendu qu'il existe des conditions de travail impliquant pour un grand nombre de personnes l'injustice, la misère et les privations, ce qui engendre un tel mécontentement que la paix et l'harmonie universelles sont mises en danger, et attendu qu'il est urgent d'améliorer ces conditions : par exemple, en ce qui concerne la réglementation des heures de travail, la fixation d'une durée maximum de la journée et de la semaine de travail, le recrutement de la main-d'œuvre, la lutte contre le chômage, la garantie d'un salaire assurant des conditions d'existence convenable, la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles (...) Attendu que la non-adoption par une nation quelconque d'un régime de travail réellement humain fait obstacle aux efforts des autres nations désireuses d'améliorer le sort des travailleurs dans leurs propres pays ; (...) Les*

⁹²- Traité de paix de Versailles, du 28 juin 1919. Voir : PERRIN Guy : Histoire du droit international de la sécurité sociale, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale Paris, 1993, pp. 86-125.

Hautes Parties Contractantes, (...), et en vue d'atteindre les buts énoncés dans ce préambule, approuvent la présente Constitution de l'Organisation internationale de Travail ».

Dans sa conception originale, la Constitution de 1919 se réfère uniquement aux problèmes du travail et à la protection des travailleurs, puisqu'elle était influencée par les principes de Bismarck bien présentés à cette époque (dès 1881), et basée sur une idée principale de protéger les travailleurs. Un tel cadre constitutif n'aurait pas permis l'adoption d'instruments de sécurité sociale ayant vocation à protéger l'ensemble des populations⁹³. Mais la constitution de l'OIT a été révisée en 1946, donc après l'annonce du rapport de Beveridge, incluant formellement la Déclaration de Philadelphie⁹⁴.

Depuis 1946, l'art.1, §1, de la Constitution a la teneur suivante : « il est fondé une organisation permanente chargée de travailler à la réalisation du programme exposé dans le préambule de la présente Constitution et dans la Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail qui a été adoptée à Philadelphie le 10 mai 1944 et dont le texte figure en annexe à la présente Constitution ». Or, la Déclaration concernant les buts et objectifs de l'OIT a un champ d'application plus large que celui du travail et s'ouvre à la protection sociale des populations, cela signifie que, depuis 1946, la compétence sociale de l'OIT, tout en comprenant le domaine du travail, n'est plus limitée à celui-ci mais qu'elle s'étend à la protection de tous les êtres humains conformément au principe de l'universalité bien présenté à cet époque par Beveridge dès 1942. Grace à cette réforme de la Constitution, l'OIT bénéficie dès lors d'une compétence sociale générale.

2. Les textes de principe.

En 1944, la conférence générale de l'OIT, réunie à Philadelphie, a adopté une Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail (connu sous le nom de Philadelphie). Ce texte de principe, redéfinit et élargit les objectifs de l'Organisation. Bonvin remarque que le contexte est beaucoup plus favorable que celui qui

⁹³- GREBER Pierre-Yves, « le droit international de la sécurité sociale : un guide pour les États et un lien entre les systèmes », cité in : KAHIL-WOLFF Bettina et GREBER Pierre-Yves, *Sécurité sociale : aspects de droit national, international et européen*, éd. Helbing et Lichtenhahn, Bruylant 2006, p. 106.

⁹⁴- Laquelle avait été adoptée deux ans plus tôt.

entoura la création de l'OIT en 1919⁹⁵ et il ajoute que lorsqu'il prépare la conférence de 1944, le Bureau international du Travail souligne le désordre économique provoqué par le libéralisme des années 1920 et la nécessité d'affirmer la primauté du social.

La Déclaration de Philadelphie, reconnaît à chaque être humain un droit à des chances égales dans le progrès et le développement et affirme « la primauté des aspects humains et sociaux sur les considérations économiques »⁹⁶. Elle formule dix objectifs guidant l'OIT, dont « l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets »⁹⁷. Et finalement, elle affirme que les principes proclamés sont applicables à tous les peuples du monde, tout en tenant compte, pour les modalités de leur application, du degré de développement social et économique de chaque peuple.

Comme cela a déjà été indiqué, la Déclaration de Philadelphie a été incluse en 1946 dans la Constitution de l'Organisation internationale du Travail. Elle est ainsi devenue un texte constitutif. Concrètement, cette inclusion a élargi la compétence de l'OIT. L'intérêt majeur de la Déclaration en matière de sécurité sociale, est l'ouverture vers la protection des populations, sans limitation aux personnes exerçant une activité rémunérée⁹⁸. L'universalité est ainsi indiquée à l'égard des soins de santé et de la garantie d'un revenu de base. Il n'y a pas non plus de limites professionnelles pour la protection de la maternité et de l'enfance.

D'un autre côté, l'organisation internationale du Travail a adopté, à partir de 1944, une série d'instruments destinés à guider les États en matière de sécurité sociale. Elle a adopté le 20 avril 1944, les recommandations OIT N^{os} 67 et 69 qui aident à l'émergence de la sécurité sociale. La Recommandation OIT N^o67 concernant la garantie des moyens d'existence qui a classé dans l'art.6 la maladie et la maternité aux premières places des risques qui doivent être couverts, et la Recommandation OIT N^o69 concernant les soins médicaux qui pose une série

⁹⁵- Dès les premières années de la Seconde guerre mondiale, les préoccupations sociales sont présentes ; en 1941, la Charte de l'Atlantique signée par Franklin Roosevelt et Winston Churchill comprend une finalité de collaboration internationale dans le domaine économique afin de procurer à tous le progrès, de meilleures conditions de travail et la sécurité sociale. Voir BONVIN Jean-Michel, *L'Organisation internationale du travail*, Presses universitaires de France, Paris 1998, pp. 39-40.

⁹⁶- BARTOLOMIE DE LA CRUZ Hector et EUZÉBY Alain, *L'Organisation internationale du Travail*, Presses universitaires de France, Paris 1997, p.15.

⁹⁷- La Déclaration de Philadelphie : (III, lettre f).

⁹⁸- GREBER Pierre-Yves, *Op.Cit.*, p. 121.

de principes importants parmi lesquels: « *La protection devrait être universelle, c'est-à-dire couvrir toute la population d'un État (§8)* ».

L'OIT a continué sa mission de guide en adoptant un instrument de nature conventionnelle⁹⁹, donc ouvert à la ratification par les États et générateur d'obligations juridiques. Ainsi, le 4 juin 1952, la Conférence internationale du Travail a accepté la Convention OIT N° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Au 08-02-2012, 47 États avaient ratifiés l'instrument¹⁰⁰, la France est un de ces pays tandis que le Liban n'a pas ratifié. Cette convention a déterminé le champ d'application et les couvertures minimales de la sécurité sociale. Comme les Recommandations OIT N°^{OS} 67 et 69, la Convention OIT N°102 est bâtie sur une vision globale de la protection. Des membres employeurs de la Conférence ont estimé que la Convention OIT N°102 excédait la compétence de l'Organisation parce qu'elle ne concernait pas seulement les travailleurs salariés et les employeurs mais l'ensemble de la population.

Enfin, l'application d'une sécurité sociale universelle a été renouvelée par la déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa 97^e session en juin 2008¹⁰¹. Cette perspective implique que tout État ayant décidé de devenir membre de l'Organisation des Nations Unies et de l'OIT a l'obligation juridique générale et fondamentale de mettre en place une protection sociale décente pour sa population.

B. L'organisation mondiale de la santé.

C'est une organisation spécialisée dans le domaine de la santé dépendant de l'organisation des Nations Unies. La constitution de cette organisation, adoptée à New York le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur le 7 avril 1984, est précédée d'un important Préambule qui, après avoir défini la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et

⁹⁹- Les textes de type conventionnel, ont des effets obligatoires pour les pays ayant procédé à des ratifications. C'est l'harmonisation.

¹⁰⁰- Voir le site : <http://www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm> [consulté le 8-2-2012].

¹⁰¹- Bureau international du Travail, « Document 7 : La sécurité sociale pour tous ; Un investissement dans la justice sociale et le développement économique », Organisation internationale du Travail 2009.

social », affirme l'existence d'un droit fondamental à la santé pour tout être humain¹⁰². Le but de l'OMS, selon l'article 1^{er} de sa constitution, « d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible ». Les États participant à l'OMS sont au nombre de 194 au 09 février 2012 et les États signataires sont au nombre de 59. Le Liban a accepté la Constitution de l'OMS le 19 janvier 1949 et la France depuis le 16 juin 1948, et les deux pays ont signé la Constitution le 22 juillet 1946¹⁰³.

La constitution de l'OMS est directement liée au domaine de sécurité sociale, puisque, quelle que soit la définition qui est donnée de la santé, le droit à la santé ne peut se formuler que comme un droit à des prestations de santé ; si l'on se borne à reconnaître un droit aux prestations, ce droit se traduit pour l'essentiel, par un droit à l'assurance sociale¹⁰⁴

¹⁰²- LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand et TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 2e édition Thémis droit, Paris, 2009, p.152.

¹⁰³- voir : <http://treaties.un.org> [consulté le 9-2-2012].

¹⁰⁴- LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand et TABUTEAU Didier, *Op.Cit.*, p.2

Chapitre 2 : La sécurité sociale dans les lois française et libanaise.

Les lois française et libanaise relatives à la sécurité sociale sont orientées vers l'application d'un système qui couvre toute la population, surtout en matière d'assurance maladie-maternité. En revanche, cette universalisation de la couverture maladie-maternité (section 2), n'a pas empêché les législateurs français et libanais d'adopter une structure socioprofessionnelle pour définir le champ d'application de leur système. Alors, la sécurité sociale dans ces deux pays se caractérise par la mise en œuvre d'un système mixte qui suit des moyens Bismarckiens en but d'atteindre des objectifs Beveridgiens (section 1).

Section 1 : Systèmes mixtes : des objectifs Beveridgiens avec des moyens Bismarckiens.

Le système de sécurité sociale français est la combinaison de deux systèmes, Bismarckien et Beveridgien. Ce système français, qui était basé complètement sur les principes du système germanique en protégeant les ouvriers contre les risques sociaux qui menacent leur vie quotidienne, est devenu un système universel basé sur les principes du système britannique en couvrant toute la population française. Toutefois, il a gardé d'un côté la structure socioprofessionnelle des caisses qui sont toujours gérées par les partenaires sociaux, et d'un autre côté les cotisations sociales comme un moyen de base pour son financement.

Comme le Liban était colonisé par la France, son système de sécurité sociale est bien influencé par les principes français. Mais la mauvaise application de la loi de sécurité sociale libanaise, qui était créée suite à une étude faite par un spécialiste nommé par le bureau international du travail, a provoqué, dans le temps, un éloignement entre les deux systèmes. Cela surtout dans le domaine de généralisation du droit à la sécurité sociale, où il y a, jusqu'à nos jours, des catégories de la population libanaise qui ne sont pas incluses dans le champ d'application de la sécurité sociale.

Ainsi, on peut dire que le système de sécurité sociale français a réussi à aboutir à une universalité qui considère le droit à la sécurité sociale comme un droit de l'homme et non pas un droit des salariés. Alors que le système libanais qui a marqué dans sa loi la généralisation

du droit à la sécurité sociale n'a pas réussi à être un système universel. Il est resté, en raison d'une absence de mise en œuvre, un système professionnel qui relie le droit à la sécurité sociale aux salariés à quelques exceptions près. Donc, « *un régime universel qui ne concerne que quelques personnes n'est plus du tout universel, même s'il a pour but de s'étendre à des personnes non couvertes.* »¹⁰⁵

Alors, pour mieux analyser la généralisation de l'assurance maladie (paragraphe 2) dans ces deux pays, il faut tout d'abord, étudier la création de leurs systèmes de sécurité sociale à la lumière des principes Bismarckiens et Beveridgiens (paragraphe 1).

Paragraphe 1 : la création des systèmes de protection sociale.

La création des systèmes de sécurité sociale dans tous les pays de monde est basée sur les principes bismarckiens et beveridgiens. C'est selon ces derniers que les pays ont choisi leurs politiques sociales en ne couvrant que les salariés ou l'ensemble de la population. Mais ce qui est remarquable c'est qu'on trouve deux lois de création du système français de protection sociale (A). Par ces deux lois, le système français s'est transformé d'un système qui couvre les salariés, conformément aux principes Bismarckiens, à un système qui couvre toute la population en appliquant le principe d'universalité évoqué par Beveridge. Toutefois, le système français a conservé quelques principes Bismarckiens, pour cela on perçoit ce système comme étant le fruit de la combinaison de ces deux régimes. Cette particularité du système français a influencé la création du système de sécurité sociale libanais (B), qui est dirigé vers la couverture de l'ensemble de la population libanaise, mais en commençant par les salariés. Cela, en se basant sur l'expérience française dans le domaine de sécurité sociale.

¹⁰⁵ TAURAN Thierry, *Les régimes spéciaux de sécurité sociale*, Presse Universitaires de France, Paris, 2000, p 89.

A. La création du système de protection sociale en France.

La France a connu deux systèmes de protection sociale. Premièrement, l'assurance sociale(1) de 1930, par laquelle sont appliqués les principes bismarckiens, et deuxièmement la sécurité sociale (2) de 1945, orientée vers les principes d'universalité et d'unité annoncés par Beveridge.

1. L'assurance sociale en France.

« Si des efforts préalables ont été déployés dès la fin du XIXe siècle en vue d'améliorer la protection des populations les plus fragiles, il faut cependant attendre les lois de 1928-1930 pour assister à la naissance en France des premières assurances sociales »¹⁰⁶.

Après la première guerre mondiale, la France allait récupérer les départements d'Alsace-Lorraine dont les populations avaient été couvertes par le régime d'assurance sociale allemande, institué par Bismarck, depuis 1883. À cette époque, il n'y avait pas encore un système de sécurité sociale en France. Pour cela, Alexandre Millerand, Président du conseil en 1920, demande au ministre du travail, Paul Jourdain, de préparer l'extension des assurances sociales à l'ensemble du territoire français. Cela a donné naissance à la loi du 5 avril 1928. Cette loi institue une prévoyance obligatoire couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité, et les conséquences des accidents pour la seule population ouvrière¹⁰⁷. La date d'application de la loi avait été fixée au 5 février 1930, mais suite à une opposition des agriculteurs, du corps médical et de certains syndicats de salariés, cette loi n'est pas entrée en vigueur, et le gouvernement a été obligé de la reformer. Par conséquent, un projet modificatif de la loi de 1928 a été déposé devant le Sénat en mars 1930. Et sous l'impulsion de Pierre Laval, le législateur a voté, le 30 avril 1930, en faveur d'une nouvelle loi qui tenait largement compte de ces diverses critiques. Son application concerne tous les travailleurs salariés de l'industrie et du commerce dont la rémunération est comprise en deçà d'un seuil déterminé¹⁰⁸. Ce système, dit système du plafond, concerne les personnes jugées incapables de faire preuve suffisante de prévoyance individuelle. Afin, d'assurer le plus grand nombre

¹⁰⁶- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 17^e édition, Dalloz, 2011, pp. 24,25.

¹⁰⁷- MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, P. 23.

¹⁰⁸- DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit.*, P. 9.

possible de personnes, le plafond a été fixé assez haut pour correspondre au salaire maximum d'un ouvrier qualifié. Et après plusieurs revalorisations dictées par l'inflation, le plafond fut supprimé en 1942 pour tous les travailleurs rémunérés « *à l'heure, à la journée, à la semaine fixe, aux pièces ou à la tâche* »¹⁰⁹, c'est-à-dire à l'ensemble des ouvriers.

À leurs débuts, les assurances sociales comptaient sept millions de cotisants et deux fois plus de bénéficiaires, ayants droits et jeunes inclus. Une cotisation de 8% des salaires acquittée équitablement par les salariés et les employeurs assurait le financement. En contrepartie, le système prenait en charge 80% des frais médicaux, à cela s'ajoute une indemnité journalière de 50% qui se versait en cas d'absence pour maladie¹¹⁰.

Concernant la gestion du système, « *le législateur de 1930 a largement associé à l'application de la loi en conservant une structure décentralisée et en autorisant la création des caisses d'assurances sociales par tous les groupements intéressés. Alors le service des prestations est donc assuré par des institutions de diverse obédience. Enfin, dans chaque département, une caisse « neutre », prévue par la loi, se borne à recueillir l'adhésion des intéressés sans préférence déclarée. La conséquence de cette rivalité est la prolifération des institutions : en 1944, ces sont pas moins de 589 caisses primaires qui prennent en charge les risques maladie et maternité* »¹¹¹. Cette pluralité des caisses et des régimes a entraîné une large complexité en matière de gestion des assurances sociales. Cette complexité reste, jusqu'à nos jours, un caractère affilié au système français de protection sociale, et elle pose un problème d'où la nécessité de la résoudre.

On conclut que le premier système de protection sociale appliqué en France, était inspiré par les principes bismarckiens et ne couvre qu'une partie de la population. Il ne s'appliquait qu'à des salariés, à l'exception des salariés agricoles, « en entendant même ce terme de la façon la plus restrictive, et en désignant seulement les personnes liées par un contrat de travail »¹¹². Le droit des assurances sociales était alors un élément du droit de travail, et cette législation, propre aux salariés, pouvait être considérée comme une législation de classe. Donc, on a

¹⁰⁹- Art. 1^{er} de la loi du 6 janvier 1942, *JO*, Lois et décrets, 10 janvier 1942.

¹¹⁰- MAGNIADAS Jean, *Op.cit.*, (consulter le 05-09-2012)

¹¹¹- « Rapport sur l'application de la législation des assurances sociales (statistiques du 1^{er} janvier 1943 au 31 décembre 1945), présenté à M. le président de la République par M. Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale », *JO*, Annexes administratives, 1947, p. 311.

¹¹²- DURAND Paul, *Op.cit.*, P. 244.

considéré le travail comme une condition obligatoire et principale pour donner droit à l'assurance sociale et plus précisément à l'assurance maladie.

2. la sécurité sociale en France.

« *La France est sortie de la guerre particulièrement meurtrie. Les vieux cadres sont brisés, il faut reconstruire, il faut faire de neuf, sous l'angle sociale, comme sous l'angle économique* », estime le directeur général des assurances sociales, Pierre Laroque¹¹³.

Le comité français de libération nationale, présidé par le général De Gaulle, a envoyé une délégation à la conférence de Philadelphie. Dès le 25 novembre 1941, De Gaulle avait déclaré dans un discours prononcé à Oxford que la sécurité et la dignité de chacun étaient les conditions indispensables de la paix¹¹⁴. En avril 1942, il reprenait ce point dans un message solennel à la Résistance, écrivant : « *la sécurité nationale et la sécurité sociale sont pour nous des buts impératifs et conjugués* »¹¹⁵. Alors, Le Conseil national de la Résistance souhaitait élaborer « un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils seront incapables de se les procurer par le travail ». Il avait de même la volonté « *d'assurer à la masse des travailleurs, et pour commencer aux salariés, une sécurité véritable du lendemain* »¹¹⁶. S'en est suivi l'adoption d'une réforme de la protection sociale par le législateur français. Cette réforme étant présentée par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945. Cette dernière est considérée par Francis KESSLER « *comme une mesure de remise en ordre, d'unification plus qu'une création, puisqu'elle prend l'unité du système* »¹¹⁷.

La réforme en question a donné naissance à un système de sécurité sociale en France qui remplace le système d'assurance sociale créé en 1930. Ce nouveau système de sécurité sociale est basé sur deux objectifs précisés par l'ordonnance de 1945 qui sont : la généralisation de la couverture du système pour l'application d'une protection universelle au

¹¹³- LAROQUE Pierre, « *le plan français de sécurité sociale* », Revue française du Travail, avril 1946, p.9.

¹¹⁴- MICHEL Henri, *Les courants de pensée de la Résistance*, PUF, Paris, 1962, p.103.

¹¹⁵- PINEAU Christian, *La simple vérité*, 2^e édition, Phalanx, Paris, 1983, p.608.

¹¹⁶- ANDRIEU Claire, *Le programme commun de la Résistance ; des idées dans la guerre*, les Éditions de l'Érudit, Paris, 1984, p. 168 ; LAROQUE Pierre, « sécurité sociale et assurance sociale », BHSS n° 13, 1985, p. 121.

¹¹⁷- KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 3^e édition Dalloz, Paris 2009, p. 72.

lieu d'une protection des salariés (a), et l'instauration d'une caisse unique à la place des divers organismes (b).

a. *La généralisation de la couverture.*

L'ordonnance du 4 octobre 1945, qui a donné naissance au nouveau système de sécurité sociale en France, marque par son article premier¹¹⁸ l'extension de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. Cet article, d'un côté, instituait « *une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles* », et d'un autre côté, permettait d'« *étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires* ». Alors, il faut noter que l'utilisation du mot « travailleurs » dans cet article visait sans doute les salariés et les non-salariés. Et au-delà des travailleurs, il était prévu que la protection fournie par cette ordonnance pourrait être étendue à d'autres catégories. Il s'agissait donc d'une disposition destinée à être complétée par des textes ultérieurs au fur et à mesure que les circonstances le permettraient. Cela étant dans le but de réaliser un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre les facteurs d'insécurité. Ce but était clairement déclaré par le ministre du Travail Alexandre Parodi, qui atteste que « *le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible et nécessaire de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan* ». D'où le changement de la politique de protection sociale française et son orientation vers l'universalité provoqué par Beveridge, alors qu'elle était ciblée vers les seuls salariés sous l'influence des principes bismarckiens durant les années 1930s.

¹¹⁸- Ordonnance 4 octobre 1945, article 1er : « il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptible de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. L'organisation de la sécurité sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, les accidents du travail et maladies professionnelles et les allocations familiales et de salaire unique aux catégories. Des ordonnances ultérieures procéderont à l'harmonisation desdites législations et pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par des textes en vigueur »; compo. CSS, art. L.111-1.)

b. L'unité du système

L'ordonnance du 4 octobre 1945 cherche la solidarité générale des cotisants et des bénéficiaires. Cette solidarité ne peut être appliquée que par le remplacement de la pluralité des différents régimes et caisses, que le système de 1930 avait laissé subsister, par une organisation unique. Alors, cette ordonnance adopte l'unité du système, en indiquant que chaque circonscription devait avoir une caisse unique, appelée caisse primaire, pour gérer l'ensemble des risques couverts¹¹⁹. Au-delà de cette caisse, la présente ordonnance prévoit des caisses régionales qui ont pour rôle d'assurer la compensation régionale des charges des risques gérés par les caisses primaires et de garantir la solvabilité de celle-ci ; ainsi que la gestion d'autres risques non pris en charge par les caisses primaires¹²⁰. En plus, elle a mis en vigueur des caisses régionales d'assurance vieillesse des travailleurs salariés¹²¹. Finalement, à la tête de l'organisation de la sécurité sociale, l'ordonnance du 4 octobre 1945, a donné naissance à une caisse nationale chargée de la coordination, d'assurer la compensation nationale des risques gérés par les caisses régionales, et de garantir la solvabilité de ces caisses dans la limite des ressources prévues par la présente ordonnance¹²².

Donc, la réforme est tout d'abord une réforme de l'organisation administrative. « *Mais l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée et ne l'est toujours pas* »¹²³. Surtout avec la

¹¹⁹- Les risques gérés par les caisses primaires sont : maladie maternité, décès. Et les risques d'accident du travail et de maladie professionnelle en ce qui concerne les incapacités temporaires. Voir l'article 3 de l'ordonnance de 4 octobre 1945. Disponible en ligne sur : <http://www.legislation.cnav.fr> (consulté le 08-08-2012).

¹²⁰- Les risques supplémentaires gérés par les caisses régionales sont : le risque d'invalidité, les risques d'accidents du travail et maladies professionnelles en ce qui concerne les incapacités permanentes. Voir l'article 11 de l'ordonnance de 4 octobre 1945. Disponible en ligne sur : <http://www.legislation.cnav.fr> (consulté le 08-08-2012).

¹²¹- Ces caisses ont pour rôle: De gérer le risque vieillesse ; De promouvoir et de coordonner une politique sociale en faveur de ses ressortissants. Voir l'article 11 bis de l'ordonnance de 4 octobre 1945. Disponible en ligne sur : <http://www.legislation.cnav.fr> (consulté le 08-08-2012).

¹²²- Au-delà de cela, la caisse nationale de sécurité sociale a pour rôle : D'assurer la compensation nationale des charges des allocations familiales et de salaire unique; De gérer les fonds destinés à promouvoir, sur le plan national, une politique générale de la sécurité sociale et notamment: Un fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles; Un fonds d'action sanitaire et sociale. Et de couvrir les charges de l'allocation aux vieux travailleurs salariés non assurés sociaux ou non assurés des retraites ouvrières et paysannes, dans les conditions prévues par l'ordonnance du 30 décembre 1944. Voir l'article 14 de l'ordonnance de 4 octobre 1945. Disponible en ligne sur : <http://www.legislation.cnav.fr> (consulté le 08-08-2012).

¹²³- Comité d'histoire de la sécurité sociale, « Historique du système français de Sécurité sociale », 16/06/2011. Disponible en ligne sur : <http://www.securite-sociale.fr> (consulté le 05-08-2012).

présence des organismes spéciaux à certaines branches d'activité ou entreprises¹²⁴, et des organismes propres à la gestion des prestations familiales¹²⁵, prévus par le deuxième article de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Enfin, il faut indiquer que l'unicité de la sécurité sociale renforce la solidarité entre les différentes catégories socioprofessionnelles, et facilite la généralisation du droit de la sécurité sociale à l'ensemble de la population.

B. La création de la sécurité sociale au Liban.

Le Liban a connu un système de sécurité sociale en 1963, mais son origine historique (1) remonte à l'année 1956 avec l'intervention du Bureau International du Travail. Ce système peut être considéré comme étant un système complet (2), parce qu'il respecte, d'après les textes de la loi, les principes modernes de la protection sociale.

1. L'origine historique.

L'institution de la sécurité sociale au Liban revient à l'expert Wilhelm Dobbernack. Il a été nommé par le Bureau International du Travail en 1956 suite à une demande d'assistance technique du gouvernement libanais en matière de sécurité sociale dont l'objet serait de réunir tous les éléments nécessaires à l'introduction d'un régime de sécurité sociale. Cet expert est arrivé au Liban, pour une mission d'environ deux mois, pour étudier et évaluer la situation. Il

¹²⁴- « Restent soumises au régime de leur statut actuel les professions agricoles et forestières ; Sont provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale les branches d'activité ou entreprises énumérées par le règlement général d'administration publique parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial.... Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale pour une partie des prestations. » voir l'article 17 de l'ordonnance de 4 octobre 1945. Disponible en ligne sur : <http://www.securite-sociale.fr> (consulté le 05-08-2012).

¹²⁵- Notre thèse est à propos de l'assurance maladie-maternité obligatoire, alors qu'elle ne concerne pas les prestations familiales mais pour plus des détails, voir l'ordonnance de 4 octobre 1945 chapitre V les articles 19, 20, 21, 22, 23,24. Disponible en ligne sur : <http://www.legislation.cnaf.fr>. (Consulté le 08-08-2012).

a présenté un rapport¹²⁶ de 108 pages qui contenait un projet de code de sécurité sociale en but de mettre en vigueur un véritable système de sécurité sociale au Liban.

Toutefois, il a fallu attendre l'année 1963 pour que le gouvernement libanais transmette le projet de Code de Sécurité Sociale au Parlement. Mais à cause du large débat instauré dans le pays entre les institutions et les personnes favorables ou non à l'établissement d'une pareille institution, le parlement n'était pas encouragé à débattre de la question. C'est pourquoi le pouvoir exécutif, prenant sur lui d'assumer la responsabilité d'un pareil choix de société, décida de promulguer le 26 septembre 1963 par le décret 13955 le Code de Sécurité Sociale au Liban et qui, à quelques amendements près, reste toujours en vigueur. Ainsi, ce décret donna naissance à un organisme spécialisé baptisé « caisse nationale de sécurité sociale ».

2. Le système libanais de 1963.... Un système complet.

En se référant aux articles de la loi libanaise de la sécurité sociale, on peut dire que le système prévue par le décret 13955 le 26 septembre 1963, est un système complet puisque son champ d'application (b) n'est pas limité à une catégorie précise de libanais, mais il couvre toute la population contre la majorité des risques par ses diverses branches d'assurance (a).

a. *Les branches de la sécurité sociale.*

Le législateur libanais, et d'après l'article 7 de la loi libanaise de la sécurité sociale de 1963, a nommé quatre branches d'assurance pour gérer quatre risques différents :

- Branche de l'assurance maladie-maternité.
- Branche de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles.
- Branche du régime des allocations familiales¹²⁷.

¹²⁶- Pour une étude plus détaillé sur ce rapport, voir : MALLAT Hyam, *La politique de protection sociale au Liban Evolution, situation et perspectives*, Beyrouth, Liban Janvier 2004. Disponible en ligne sur : <http://www.issa.int> (Consulter le 18.08.2012).

¹²⁷- Cette branche est nommée en 1992, « régime des allocations familiales et scolaires » d'après l'article une de loi 155/1992.

- Branche du régime de l'indemnité de fin de service.

Trois de ces quatre branches sont actuellement en application : la branche du régime de l'indemnité de fin de service depuis le 1^{er} mai 1965¹²⁸, la branche du régime des allocations familiales depuis le 1^{er} novembre 1965¹²⁹ et la branche de l'assurance maladie-maternité depuis le 1^{er} novembre 1970 pour l'échéance des cotisations, et le 1^{er} février 1971 pour l'échéance des prestations¹³⁰. La quatrième branche relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles n'est pas encore entrée en vigueur.

La loi de 1963 n'a pas précisé, dans ces articles, la branche qu'il faut mettre premièrement en vigueur. Elle laissa au conseil des ministres la précision de la date de l'application de chaque branche. En plus, le législateur n'a pas privilégié une branche par rapport à une autre, il n'a même pas marqué l'obligation d'actionner toutes les branches en même temps. En revanche, l'article 8 de la loi de la sécurité sociale a donné un délai de 18 mois maximum, après la publication de cette loi au journal officiel, pour mettre en vigueur toute les branches, et commencer l'application du système aux ayants droit.

Le professeur libanais Naji CHOUFANI a considéré que la branche d'assurance maladie-maternité devait être mise en vigueur avant les autres¹³¹. D'après lui, en ajoutant que cette branche a été placée à la tête de la liste des branches énumérées dans l'article 7 de la loi de la sécurité sociale, elle est la seule branche qui n'est pas prévue par des lois ou des dispositions juridiques spéciales, à l'exception de celles concernant les congés de maladie pour les salariés et le congé de maternité¹³². Tandis qu'il y avait des dispositions juridiques qui assurent la protection des salariés des risques prévus par les trois autres branches¹³³.

¹²⁸- Décret numéro 1519 du 24-04-1965.

¹²⁹- Décret numéro 2957 du 20-10-1965.

¹³⁰- Décret numéro 14035 du 16-03-1970.

¹³¹- V. CHOUFANI Naji, *Op.cit.*, p. 19. (Langue arabe).

¹³²- V. les articles 29 et 40 de la loi du travail libanaise du 23 septembre 1946.

¹³³- V. les articles 54 et Sv de la loi du travail libanaise en ce qui concerne l'indemnité de fin de service, le décret-loi numéro 25 ET du 4 mai 1943 en ce qui concerne les accidents du travail, et le décret-loi numéro 29 ET du 12 mai 1943 pour les allocations familiales. Et pour plus de recherche v., CHOUFANI Naji, *Op.cit.*, p. 20. (Langue arabe).

b. Le champ d'application.

En ce qui concerne le champ d'application du système de la sécurité sociale, ce sont les articles 9,10 et 12 du décret 13955 qui déterminent les assujettis. D'après ces articles, on remarque que le législateur libanais avait comme fin de donner droit à tous les libanais d'avoir une protection sociale et il a prévu trois étapes pour l'application.

En première étape, le législateur a précisé que ce sont les « *salariés libanais* »¹³⁴ qui vont être assurés tout d'abord par le système de sécurité sociale, à l'exception des salariés agricoles. On peut ainsi dire que la première étape d'application du système libanais ressemble à celle du système français de 1930. Par la deuxième étape, le législateur libanais a donné droit aux « *salariés travaillant dans un établissement agricole* »¹³⁵ de bénéficier des prestations du système. Par conséquent, on peut affirmer que l'application de la première et la deuxième étape a donné une forme bismarckienne au système libanais, puisque ce système, jusque-là, ne concernait que les salariés. Et c'est avec la troisième étape que le système libanais va être dirigé vers les principes Beveridgiens. Celle-ci indique que le système de sécurité sociale doit être appliqué obligatoirement à toutes « *les personnes* »¹³⁶ qui n'ont pas encore été assujetties au système suite à l'application des deux premières étapes. On remarque que le législateur a utilisé le terme « personnes » et non pas « travailleurs ». Cela signifie que le système libanais ne devrait pas être un système professionnel ne couvrant que les travailleurs, mais un système universel donnant droit à la sécurité sociale à toute la population libanaise conformément au système français de 1945. Ce qui n'a pas été appliqué jusqu'à nos jours.

Enfin, il faut souligner que, conformément à l'article 8 de la loi de sécurité sociale de 1963, les trois étapes d'application du système, devaient débiter comme suit : la première étape au plus tard 18 mois après la publication de la loi précitée au journal officiel pour déterminer par décret la date du début d'application de chacune des quatre branches ; la deuxième étape au plus tard deux ans après la mise en application de la dernière branche de la première étape ; la troisième étape deux ans au moins après la mise en application de la deuxième étape.

Mais le retard de mise en vigueur de toutes les branches, a obligé le législateur à passer à la deuxième étape avant la mise en place de la branche de l'assurance accidents du travail-

¹³⁴- V. l'article 9 du décret 13955 du 26 septembre 1963.

¹³⁵- V. l'article 10 du même décret.

¹³⁶- V. l'article 12 du même décret.

maladies professionnelles. De plus, la troisième étape n'a pas été mise en vigueur jusqu'à nos jours, à cause de l'expression « deux ans au moins », qui laisse suggérer que même sans l'application de cette étape, la loi est toujours respectée. Toutefois, on peut dire qu'elle a été mal mise en vigueur, puisque ses étapes d'application n'ont pas été respectées. De plus, on a commencé à assujettir des personnes à la caisse nationale de sécurité sociale, sans prendre en considération si ces personnes rentrent dans la première, la deuxième ou la troisième étape.

Paragraphe 2 : L'extension de la couverture d'assurance maladie-maternité obligatoire.

Les lois françaises et libanaises créatrices de la sécurité sociale ont prévu l'extension de la couverture d'assurance maladie-maternité obligatoire à toute la population. En effet, la législation sociale est une matière vivante, et en évolution continue. Ainsi, suite à une démarche de développement des lois, le législateur français a réussi à généraliser le système de sécurité sociale (A), tandis que le législateur libanais travaille toujours sur l'élargissement du champ d'application de la loi de sécurité sociale libanaise (B).

A. La généralisation de la sécurité sociale française.

Dès 1945, la problématique qui traverse l'essentiel des débats, des préoccupations des acteurs concernés et des mesures prises, est celle de l'extension du système français de sécurité sociale voulue en 1945¹³⁷. Pour atteindre cet objectif, qui transparaissait de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 4 octobre 1945, plusieurs ordonnances et lois sont mises en vigueur afin de couvrir la totalité de la population française par la sécurité sociale.

Mais l'extension progressive de la couverture sociale s'est faite, dans la plupart du temps, par la création de régimes autonomes ou spéciaux et non par une simple intégration au régime générale. Alors, « *le système français va se développer par addition des différents régimes couvrants différents risques pour différentes catégories professionnelles* »¹³⁸. Cette modalité de traitement a été adoptée sous la pression des représentants des diverses composantes de la

¹³⁷- PALIER Bruno et BONOLI Giuliano, « Entre Bismarck et Beveridge « Crises » de la sécurité sociale et politique(s) ». Cité In: Revue française de science politique, 45e année, n°4, 1995. p. 668. Disponible en ligne sur : <http://www.persee.fr>. (Consulter le 12-09-2012).

¹³⁸- *Ibid.*, p. 669.

société française. Cela est expliqué par l'effort exécuté de chacune des catégories socioprofessionnelles afin de conserver ses propres droits déjà acquis avant la création de la sécurité sociale en 1945. Alors, ces catégories vont conserver les prestations de leurs régimes spéciaux, puisqu'ils étaient en général plus favorables que les anciennes assurances sociales. Par contre, il faut noter que même si l'extension de la sécurité sociale se fait dans la diversité, l'ensemble des lois et des conventions collectives adoptées s'inscrit dans le modèle de protection sociale retenu et vise une couverture toujours plus large et plus généreuse de la population¹³⁹.

La généralisation de la couverture à toute la population a été atteinte selon les étapes suivantes :

- L'ordonnance du 19 octobre 1945

Une ordonnance datée le 19 octobre 1945 est présentée en but de continuer la politique de réforme évoquée par l'ordonnance de 4 octobre 1945. Cette ordonnance procède à une extension de la population concernée par la loi. Tout d'abord, elle a donné droit aux prestations de l'assurance maladie à des professions particulières (comme chauffeurs de taxi, ouvreuses, etc.). Et grâce à cette ordonnance, les travailleurs étrangers commencèrent à bénéficier des assurances sociales. Finalement, elle a supprimé totalement le plafond d'affiliation. On peut ainsi considérer cette ordonnance comme étant le premier pas dans l'application de la politique de généralisation et de l'unification de la couverture sociale.

- La loi du 22 mai 1946.

L'article 1er de la loi n 46 -1146 du 22 mai 1946 édictait une règle d'universalité d'application : *«Tout français résidant sur le territoire de la France métropolitaine bénéficie, sous réserve des dispositions prévues à l'article 29 de la présente loi des législations sur la sécurité sociale et est soumis aux obligations prévues par ces législations dans les conditions de la présente loi »*. Alors que l'article 29 préservait le cas des ressortissants des régimes spéciaux, provisoirement maintenus.

¹³⁹ - *Ibid.*, p. 670.

- Loi du 9 avril 1947 étendant la sécurité sociale aux fonctionnaires

La loi du 9 avril 1947 a étendu l'assurance maladie-maternité obligatoire aux fonctionnaires. Lesquels, appuyés sur de puissantes mutuelles, ne veulent ni de rattachement au régime général ni d'harmonisation de leur régime de prestations. Alors que ce particularisme perdure encore de nos jours même s'il est plus virtuel parfois que réel. Sur la question de la maladie le régime général et le régime spécial des fonctionnaires sont proches pour ne pas dire identiques¹⁴⁰.

- Les législations particulières.

Toutefois, le mouvement de généralisation de la couverture sociale à d'autres catégories de population n'est pas complètement arrêté. De 1948 à 1954, quatre catégories de population font l'objet de législations particulières : les étudiants (loi n 48-1473,23sept. 1948) ; les militaires de carrière (loi n 49-489,17 avril 1949) ; les écrivains non-salariés (loi n 49-970,21 juillet 1949) ; les invalides, veuves et orphelins de guerre (loi du 29 avril 1954)¹⁴¹.

- Loi du 25 janvier 1961 : création d'un régime d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles.

De même, la loi n° 61-89 du 25 janvier 1961 a été votée en faveur des exploitants agricoles (non-salariés), et a institué un régime obligatoire maladie-maternité. Il faut noter, que la création du régime de la loi de 1928 portait plus sur les salariés agricoles, lesquels étaient à cette époque très nombreux, que sur les exploitants propriétaires. Ces derniers, conformément aux lois de l'assurance sociale, pouvaient cotiser, mais sur une base volontaire et non pas obligatoire.

¹⁴⁰- BLEMONT Patrice, « L'Assurance maladie en France : Assurance maladie ou protection contre la maladie ? », Université de Franche Comté UFR Médecine pharmacie, Année scolaire 2006/2007. Disponible en ligne sur : <http://cours.medecine.2007.free.fr> (Consulter le 09-03-2012).

¹⁴¹- MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, 2006, p. 30.

- Loi du 12 juillet 1966 : création du régime autonome d'assurance maladie maternité pour les non-salariés non agricoles.

Cinq ans plus tard, le parlement français vote la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 qui institue l'assurance maladie-maternité obligatoire des non-salariés, non-agricoles. C'est-à-dire les artisans, commerçants, membres des professions libérales et bateliers. Avec cette loi, la dernière catégorie de population restée à l'écart en 1945 est assujettie au système de sécurité sociale français. Ces deux régimes autonomes, dépendants plus ou moins du régime général, confortent ainsi l'architecture socioprofessionnelle de la protection sociale maladie française, à l'encontre des vœux d'unicité du législateur de 1945.

- Les lois des années 1970.

L'élargissement de la couverture de la population au-delà des « *travailleurs et de leur famille* » afin d'assurer « *pour toute autre personne et les membres de sa famille résidant sur le territoire français la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille* »¹⁴² va être faite grâce aux lois votées au cours des années 1970 (1974-1975-1978). Ces lois ont eu un rôle d'organiser le système de protection sociale français en but d'assurer la couverture de la quasi-totalité de la population afin d'appliquer les objectifs fixés en 1945.

En effet, la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 est allée plus loin dans son 1^{er} article¹⁴³, en annonçant que « *tous les français y compris les résidents* »¹⁴⁴ doivent être affiliés à un régime. D'où, on note la reprise du mouvement de généralisation, et l'insistance du législateur français à appliquer un système d'assurance maladie-maternité universel. Dans le même principe, et pour compléter la politique de généralisation, la loi n°75-574 du 4 juillet

¹⁴²- Article premier du Code de la sécurité sociale, nouvelle rédaction du 2 janvier 1978.

¹⁴³- L'article premier de la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français : « Un système de protection sociale commun à tous les Français sera institué, au plus tard le 1er janvier 1978 [*date d'entrée en vigueur*], dans les trois branches : assurance maladie-maternité, vieillesse, prestations familiales.

Pour réaliser cet objectif, les régimes de base obligatoires légaux de sécurité sociale seront progressivement harmonisés et tous les Français non encore affiliés à l'un de ces régimes seront admis au bénéfice d'une protection sociale dans des conditions tenant compte de leurs capacités contributives. »

¹⁴⁴- Un résident ayant vocation à être assimilé à un français au regard de la sécurité sociale. V. MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, 2006, p. 35.

1975¹⁴⁵ annonce un projet de loi à déposer avant le 1^{er} janvier 1977, en vue de définir les conditions d'assujettissement de toute personne ne bénéficiant pas encore d'une affiliation à un régime d'assurance maladie.

Mais comme trop souvent, le délai fixé pour la présentation de la loi de généralisation fut dépassé de quelques mois et arriva cependant à sa conclusion avec la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale. Elle sera accompagnée par la loi n° 78-4 du même jour, instituant un régime particulier d'assurance maladie maternité invalidité et vieillesse pour les membres des cultes et les membres de congrégations religieuses.

- Loi du 28 juillet 1999 : institution d'une couverture maladie universelle.

Il avait été prévu par la loi d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions n° 98-657 du 29 juillet 1998, d'organiser un ultime élargissement du champ d'action de l'assurance maladie au profit des catégories toujours exclues de l'affiliation. À l'issue d'un long travail préparatoire du Parlement et du Gouvernement, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 donna naissance à la couverture maladie universelle. Alors que, pour des raisons d'affichage, le Gouvernement fixe une date d'application au 1er janvier 2000. Donc, il fallait attendre cinquante-cinq ans après la création de la sécurité sociale et la déclaration de la politique de généralisation de la couverture, pour que la France ait vraiment appliqué un système d'assurance maladie obligatoire universel.

Finalement, il faut noter que la généralisation du droit à la sécurité sociale, et plus précisément « le droit à la protection de la santé » est renforcée par les lois constitutionnelles. L'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946, repris par le préambule de la constitution du 4 octobre 1958, dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain, qui en raison de son âge, de son état physique ou mentale, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité les moyens convenables d'existence* ». L'alinéa 12 dispose que « *la Nation*

¹⁴⁵- L'article premier de la loi n°75-574 du 4 juillet 1975 : « Un projet de loi prévoyant les conditions d'assujettissement à un régime obligatoire de sécurité sociale de toutes les personnes n'en bénéficiant pas et exclues des dispositions du présent titre devra être déposé au plus tard le 1er janvier 1977. »

proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ». Alors, on peut dire que la France a décidé que le droit à la protection sociale est un droit de l'homme et non pas un droit des salariés, qui se base sur une égalité entre tous les membres de la société.

B. L'élargissement du champ d'application de la loi de sécurité sociale libanaise.

On a vu que la loi libanaise de la sécurité sociale de 1963, a précisé trois étapes en but de couvrir toute la population libanaise. Mais, à cause de la guerre civile qui a eu lieu à cette époque, le législateur n'a pas pu appliquer la politique de généralisation prévue par la loi. Ainsi, le retard d'application de cette loi a obligé le législateur libanais à assujettir des personnes non concernées par la première étape même avant que celle-ci s'achève. Pour cela, on remarque la pluralité des lois et des décrets qui modifient l'article 9¹⁴⁶ de la loi de la sécurité sociale, et qui ont donné droit à plusieurs catégories de libanais (travailleurs et non-travailleur) à des prestations d'une ou de plusieurs branches de la caisse nationale de sécurité sociale.

1. Les travailleurs libanais assujettis pour l'ensemble des branches d'assurances.

On peut distinguer entre les travailleurs dans le secteur privé et le secteur public.

a. Les travailleurs dans le secteur privé.

Les travailleurs dans le secteur privé sont divisés en quatre catégories.

i. Les salariés liés à un employeur déterminé.

Selon l'article 9 de loi libanaise de la sécurité sociale, sont assujettis pour l'ensemble des branches d'assurance les salariés libanais permanents, provisoires, apprentis, saisonniers et stagiaires travaillant pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs libanais ou

¹⁴⁶ - L'article 9 : concerne le champ d'application de la loi de la sécurité sociale libanaise.

étrangers. Cela quels que soit : la durée, le genre, la nature, la forme ou la validité des contrats qui les lient à leur employeur. Et quelles que soient la forme ou la nature de leur gain ou de leur salaire, même si ce gain ou ce salaire est payé en totalité ou en partie sous forme de commission, de parts de bénéfices, ou à la pièce que cela soit payé par l'employeur ou par de tierces personnes. Il reste à noter que les salariés agricoles n'appartiennent pas à cette catégorie.

ii. Les salariés libanais non-rattachés à un employeur déterminé.

Grace à la loi n 15/69 datée le 14/5/1969¹⁴⁷ et au décret n 13748 du 13/1/1970¹⁴⁸, sont assujettis au système, les salariés libanais non-rattachés à un employeur déterminé travaillants dans le secteur maritime, les ports, les entreprises, le bâtiment, le déchargement, ainsi que les salariés libanais non-rattachés à un employeur déterminé, quels que soient la forme, la nature, ou les moyens de leur gain ou de leur salaire. Tandis que les salariés provisoires non-rattachés à un employeur déterminé restent en dehors du champ d'application de la sécurité sociale.

iii. Les journalistes.

Après la deuxième modification de l'article 9 de la loi de 1963 par la loi n 16/75 datée le 11/4/1975, sont assujettis à toutes les branches de la sécurité sociale libanaise, les journalistes tels que définis par les articles 10 et 11 du code des Imprimés.

iv. Les salariés agricoles permanents.

Le législateur n'est pas tenu de préciser un délai pour l'achèvement de la première étape, contrairement à ce qui est le cas pour la nécessité de la commencer dans un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication de la loi de la sécurité sociale. Le retard

¹⁴⁷- Loi modifiante de l'article 9 de la loi 1963.

¹⁴⁸- Décret concernant l'assujetties des salariés libanais non liés à un employeur déterminé, travaillant au secteur maritime et aux ports, à toutes les branches de la sécurité sociale.

dans la mise en œuvre de la dernière branche de la première partie a poussé le législateur à appliquer la deuxième étape par la loi n 8/74 datée le 25/3/1974 et le décret n 7757 du 7/5/1974. Cette loi a étendu la couverture de la sécurité sociale aux salariés libanais permanents travaillant dans l'entreprise agricole. Ces salariés ont été nommés dans l'article 10 qui définit la deuxième étape du champ d'application de la loi libanaise de sécurité sociale.

b. Les travailleurs dans le secteur public.

Le législateur a traité la situation des libanais travaillant aux administrations publiques et aux établissements publics par la loi n° 16/75 du 11/4/1975¹⁴⁹. Il a mis en place des dispositions claires en ce qui concerne leur assujettissement, à toutes les branches d'assurance, en utilisant le terme « personnes »¹⁵⁰ au lieu du terme « salariés » utilisé dans l'article 9, paragraphe 1, avant sa modification. Alors qu'il a exclu les fonctionnaires permanents et provisoires de l'Etat et de l'Université Libanaise nommés dans le premier article, paragraphe 2, du décret-loi n° 122 daté le 12 juin 1959.

2. Les travailleurs libanais assujettis pour les branches d'assurance maladie-maternité et accidents du travail-maladie professionnelle en ce qui concerne les soins médicaux¹⁵¹.

On distingue entre deux catégories des travailleurs, les fonctionnaires permanents de l'Etat et les membres du corps enseignant des écoles privées.

a. Les fonctionnaires permanents de l'Etat.

Les fonctionnaires permanents de l'Etat, définis par l'article premier, paragraphe 2, du décret-loi n° 112 du 12 juin 1959, sont assujettis aux règles des branches d'assurance

¹⁴⁹- C'est une loi qui modifie le texte de l'article 9 de la loi de sécurité sociale libanaise.

¹⁵⁰- L'article 9, paragraphe 1, section d : « les personnes libanaises, qui travaillent pour le compte de l'Etat, des municipalités, des établissements publics, quels que soient la durée, le genre, la nature, la forme de leur contrat ».

¹⁵¹- La branche accidents du travail et maladie professionnelle n'a pas encore entré en vigueur.

maladie-maternité et accidents du travail en ce qui concerne les prestations de soins médicaux prévus par ces deux branches. Concernant les allocations familiales et les indemnités de fin de service, ces fonctionnaires appliquent des lois spéciales¹⁵².

Toutefois, il faut noter que l'assurance maladie-maternité des fonctionnaires reste couverte, jusqu'à nos jours, par la coopérative des fonctionnaires de l'Etat. Tandis que, le nouveau texte de l'article 9 de la loi de sécurité sociale, annonce clairement que cette coopérative continue de donner des prestations ou des prestations complémentaires, qui ne sont pas prévus par la caisse nationale de sécurité sociale. En plus, l'autorisation donnée à la coopérative des fonctionnaires de l'Etat, d'assurer les prestations de l'assurance maladie « temporairement » est confirmée par l'article 4 de la loi portant la création de cette coopérative¹⁵³.

b. Les membres du corps enseignant des écoles privées.

La question de l'assujettissement des membres du corps enseignant des écoles privées a soulevé la controverse et le débat, dès la mise en vigueur de la loi de sécurité sociale. D'un côté, la jurisprudence des conseils tribunaux du travail¹⁵⁴, considère que les membres du corps enseignant des écoles privées ne sont pas soumis aux dispositions de la loi de sécurité sociale. Cela en se basant sur la nature du contrat qui lie ces membres à l'institut, et qui est considéré comme étant une location de l'industrie¹⁵⁵. Alors que pour les conseils tribunaux du travail, l'article 9, paragraphe 1, de la loi de la sécurité sociale ne comprend que les salariés liés par un contrat conformément au texte de l'article 624/1 obligations et contrats¹⁵⁶. D'un autre côté, la doctrine a annoncé que même avec la formulation imprécise du paragraphe 1 de l'article 9, le texte permet l'inclusion des membres du corps enseignant des écoles privées. Cela en raison du fait que le législateur a tenu à élargir le concept de

¹⁵²- Voir le décret n° 3950 du 27 avril 1960, et l'article 21 du décret-loi n° 112 du 12 juin 1959 en ce qui concerne les allocations familiales. Et le décret n° 113 du 12 juin 1959 en ce qui concerne l'indemnité de fin de service.

¹⁵³- Voir décret-loi n° 14273 du 29/10/1963.

¹⁵⁴- Conseil tribunal du travail, Beyrouth n° 550/1974 et 915/1972.

¹⁵⁵- Conseil tribunal de travail, Beyrouth, jugement n° 550, daté le 17/5/1974, ensemble des jurisprudences en question de travail et sécurité sociale, GHANEM et ABOU NADER, 1974, p. 228. (Langue Arabe).

¹⁵⁶- Collection « Sader » entre législation et jurisprudence, *la sécurité sociale*, édit. Sader, Beyrouth, 2007, pp. 92,93. (Langue Arabe) ; conseil tribunal de travail, Beyrouth, jugement n° 915, daté le 3/11/1972, ensemble des jurisprudences des conseils tribunaux du travail au Liban, GHANEM et BACHIR, 1972, p.67.

dépendance, en indiquant que la nature du contrat n'affecte pas la détermination des salariés en matière de sécurité sociale. Ce point de vue est justifié puisque la loi de la sécurité sociale ne s'est pas référée à un autre texte, tel que l'article 624 (obligations et contrats) ou le deuxième article du code du travail du 23 septembre 1946. Alors, l'article 9 de cette loi est plus global et plus large en terme d'identification des personnes assurées, parce qu'il ne se limite pas à l'expression « salariés », mais élargit la définition de celles-ci. Cette définition est plus large que celle de la loi française de sécurité sociale de 1930, qui a utilisé ce terme, et qui était à cette époque une loi de protection des personnes liées par un contrat de travail caractérisé par le lien juridique¹⁵⁷.

Ainsi, à cause de ces opinions contradictoires, le législateur a promulgué la loi n° 20/27 du 23/12/1972, qui a donné droit aux membres du corps enseignant des écoles privées. Ce droit était limité aux soins médicaux assurés par les branches d'assurance maladie-maternité, d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

3. Les non-travailleurs libanais assujettis à la branche d'assurance maladie-maternité.

Contrairement à ce qui a été prévu par la loi de sécurité sociale, en ce qui concerne les étapes de son application, le législateur a donné droit à deux catégories de personnes non-travailleuses avant que les deux premières étapes se terminent. Ces deux catégories sont les étudiants et les retraités.

a. *Les étudiants.*

Les étudiants libanais sont soumis aux dispositions des prestations des soins médicaux en cas de maladie et de maternité, en vertu du décret-loi n° 5203 du 23/03/1973. En outre, les conditions de leur assujettissement et de leur bénéfice sont précisées par le décret appliqué de la loi ci-dessus¹⁵⁸.

¹⁵⁷- CHOUFANI Najji, *Op. cit.*, Beyrouth, 1987, pp 197,194. (Langue Arabe).

¹⁵⁸- Acte d'information n° 128, janvier 1975, la caisse nationale de la sécurité sociale, Beyrouth.

b. Les retraités

La deuxième catégorie de personnels non-travailleurs couverts par les dispositions de prestations de soins médicaux en cas de maladie et de maternité, sont les retraités civils et militaires. Ces retraités sont assujettis conformément au paragraphe VI de l'article 9 de la loi de sécurité sociale modifié en 11 avril 1975. Mais ces retraités ont commencé à en bénéficier pratiquement à partir de 1/11/1979 en vertu du décret n° 2445 du 15/11/1979.

Finally, l'article 9 de la loi libanaise de la sécurité sociale modifié par la loi 16/75 du 11/4/1975 a précisé, que des décrets vont être sortis par le conseil des ministres en faveur des chauffeurs de Taxi, des artisans et des autres catégories de libanais qui ne sont pas mentionnés dans cet article et dont la nécessité d'assujettissement à une ou plusieurs branches s'est avérée dès la première étape¹⁵⁹. En fait, la généralisation de la sécurité sociale n'a pas stagné. Le décret n° 4886 du 18/2/1982 et la loi n° 1/89 du 5/1/1989 ont donné droit aux chauffeurs de taxi, professionnels ou propriétaires ou travaillants contre une rémunération payée au propriétaire, ou contre part de bénéfice, pour les prestations de toutes les branches de la sécurité sociale. De plus, le décret n° 4885 du 18/2/1982 a donné droit aux vendeurs de journaux et de revues libanaises, à condition que le vendeur ne soit pas commerçant, pour les prestations de la branche assurance maladie-maternité. En outre, le décret n° 8073 du 12/3/1996 a donné droit aux hommes de lettres et les artistes pour les prestations de toutes les branches de la sécurité sociale. Ensuite, la loi n° 225/2000 du 25.9.2000 a donné droit aux Maires pour les prestations de la branche d'assurance maladie-maternité. Enfin, le décret n° 4822 du 2/2/2001 a donné droit aux médecins agréés auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale pour les prestations des soins médicaux seulement en cas de maladie-maternité.

On conclut que le plan du législateur libanais va dans le sens de l'élargissement du champ des bénéficiaires du système de sécurité sociale en couvrant des nouvelles catégories socioprofessionnelles. Mais la pluralité des textes indique l'absence d'une programmation spécifique et globale qui prend en compte les situations sociales et économiques de toute la

¹⁵⁹- L'article 1, premier paragraphe, point 1, section e de la loi n° 16/75 qui modifie l'article 9 de la loi de sécurité sociale de 1963.

population libanaise, dont il existe des catégories qui ne sont toujours pas couvertes par la sécurité sociale. Cette mauvaise organisation des textes d'assujettissement a poussé Dr. George Aziz GHOLMIEH à dire : « *Un des caractéristiques du droit de la protection sociale au Liban : il s'applique sur tout le territoire Libanais et à tous les salariés et les autres assujettis* »¹⁶⁰.

Section 2 : l'universalisation de la couverture maladie-maternité.

Malgré les lois successives de généralisation de la sécurité sociale française (de 1954 à 1994), une population résiduelle de l'ordre de 1 % restait encore exclue du champ d'application de la protection sociale (personnes sans emploi, jeunes, personnes sans domicile fixe...). De même, au Liban, la politique de généralisation de la sécurité sociale, surtout dans domaine de la santé, n'a pas réussi à assurer une couverture à l'ensemble de la population libanaise comme l'a recommander la loi. Mais la différence est qu'environ la moitié de la population libanaise était restée hors du champ d'application de la sécurité sociale.

Cette situation n'était pas considérée comme admissible dans un pays développé comme la France. Les différents gouvernements au pouvoir sous la présidence de Jacques Chirac ont essayé d'y remédier. Alors, une première solution a été d'instaurer une assurance maladie universelle en France (paragraphe 1). Celle-ci a servi à préparer le terrain français à l'universalisation de la couverture maladie (paragraphe 2). La couverture maladie universelle a été considérée comme étant la réforme la plus importante dans l'histoire de la sécurité sociale française, puisqu'elle est allée plus loin que la couverture de base en offrant une couverture maladie complémentaire. Tandis que, le Liban qui n'a pas réussi à étendre la couverture maladie obligatoire à tous les libanais, cherche toujours à transformer ce rêve en une réalité (paragraphe 3).

¹⁶⁰ - GHOLMIEH George Aziz, *Droit du travail et de la sécurité sociale au Liban*. Édit Sader, Beyrouth 2010, p. 133.

Paragraphe 1 : La France entre l'assurance maladie universel et la couverture maladie universelle.

Le but était de couvrir toute la population française, dont les résidents, contre le risque de maladie. Pour atteindre ce but, il a fallu faire une réforme. Ainsi, suite à l'échec de l'assurance maladie universelle (A), mise en place par le « plan Juppé », plusieurs scénarios ont été proposés par le « rapport Boulard » afin de parvenir à instaurer une couverture maladie universelle (B).

A. L'assurance maladie universelle : le plan Juppé.

Le premier ministre Alain Juppé a annoncé la mise en place d'une assurance maladie universelle le 15 novembre 1995, en déclarant un plan de réforme de la sécurité sociale. Ce plan connu sous le nom de « plan Juppé », avait prévu la simplification de l'ouverture des droits par la création d'un droit propre à l'assurance maladie pour tout résident majeur. Dorénavant, il suffit que la personne réside en France d'une façon régulière pour qu'un droit personnel à la sécurité sociale (branche assurance maladie-maternité) soit ouvert, et non plus en fonction des critères professionnels. Toutefois, chaque personne, en tant qu'assuré, doit être rattachée à l'un des régimes professionnels déjà existants¹⁶¹.

En revanche, le mode de gestion d'un tel régime universel a conduit à son échec. Les spécificités professionnelles des différents régimes existants se trouvèrent remises en cause. La logique conduisait en effet à leur absorption au sein d'un régime unique les regroupant dans leur totalité. Ce raisonnement avait soulevé des oppositions de la part de tous les tenants de l'organisation par catégories socioprofessionnelles.

B. La préparation pour une couverture maladie universelle ; le rapport Boulard

Le changement de majorité dû aux élections de 1997, a donné naissance à un nouveau gouvernement. Ce dernier a abordé la question de la sécurité sociale sous un autre angle. Il indiqua par son programme que l'accès à la couverture sociale doit être fait en créant un

¹⁶¹ - Les régimes professionnels déjà existants sont le régime général, agricole, travailleur indépendant, spécial.

régime des résidents. Cette réforme est nécessaire puisque la couverture de base laissait à l'écart environ 800 000 personnes, dont 100 000 à 200 000¹⁶² n'avaient pas de droit à l'assurance maladie.

En vue de la mise en œuvre de cette réforme, le ministre de la solidarité et de l'emploi a confié à M. Jean-Claude Boulard, député de la Sarthe, la mission de concertation et de proposition. Son rapport a été remis en août 1998. Il a vu que le passage de l'assurance maladie universelle à la couverture maladie universelle était plus qu'un simple changement de dénomination, mais un changement de démarche. C'est une démarche d'extension et non plus de substitution puisque « *L'AMU visait à se substituer aux régimes existants, alors que la CMU se contente de combler les vides* ¹⁶³ ». La démarche choisie est un élargissement du droit qui vise à permettre à tous, via la CMU, d'accéder à un régime de droit commun. La nouvelle politique de protection sociale consiste donc à rendre accessible aux personnes en difficulté le système de soins afin d'aboutir à une couverture universelle. Pour l'appliquer, trois scénarios ont été explorés : La couverture décentralisée encadrée, la couverture centralisée et la couverture partenariale.

Le premier scénario prévoit d'étendre la portée de l'aide médicale départementale. Toutefois, ce scénario présente des faiblesses puisqu'il ne supprime pas l'aide médicale alors que son objectif est plutôt d'étendre à tous le droit à l'assurance maladie.

Le deuxième scénario prévoit d'ajouter au régime général un régime complémentaire sous conditions de ressources, qui ouvre un droit d'affiliation au régime général sur critère subsidiaire de résidence. Ce scénario a pour objet la simplification des conditions d'accès au régime général, alors que son défaut majeur est l'absence d'application d'une vraie démarche d'extension du droit commun. La création d'un régime spécifique sous conditions de ressources risquait de se révéler mal adaptée à la mobilité des situations de fragilité pouvant se caractériser par de fréquentes entrées et sorties.

Enfin, le troisième scénario, empruntant le dispositif du second pour la couverture de base, prévoit pour la couverture complémentaire une formule penchant plutôt vers l'extension. L'extension de la couverture complémentaire pose un problème de coordination entre les

¹⁶² - MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, 2006. P : 258.

¹⁶³ - Ibid. p. 259.

régimes de base et les régimes complémentaires. Mais, c'est un mécanisme qui a pour avantage de comporter un effet d'insertion.

En conclusion, le rapporteur a choisi une solution de centralisation pour la couverture de base et de partenariat pour la couverture complémentaire. Certes, la résidence deviendrait le second critère d'affiliation pour le régime général. Bien que le législateur ait retenu certaines des propositions de ce rapport, il n'a pas opté pour l'aspect partenarial qui avait été préconisé. C'est finalement un scénario proche du scénario 2 qui a été mis en œuvre par la loi du 27 juillet 1999.

Paragraphe 2 : La couverture maladie universelle en France : plus qu'une réforme.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a profondément modifié le paysage de l'assurance maladie obligatoire. Cette loi est considérée comme étant le dernier pas dans la généralisation de l'assurance maladie obligatoire. Grâce à cette loi, le champ d'application de la couverture de base a été étendu pour couvrir toute personne résidant en France (A), parallèlement à cette couverture de base, une couverture complémentaire a été prévue pour les plus démunis (B). Pourtant, quelques petits obstacles empêchent toujours l'universalisation effective de l'assurance maladie (C).

A. Une couverture de base obligatoire à toute la population.

La plus grande réforme connue en matière de l'assurance maladie obligatoire française est celle prévue par la loi du 27 juillet 1999. Dans le cadre du processus de généralisation de l'Assurance maladie, cette loi a institué la Couverture Maladie Universelle¹⁶⁴. Alors, elle a mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2000, une obligation d'affiliation à l'assurance maladie sur seul critère de résidence pour les personnes qui ne peuvent y prétendre à un autre titre. Les pouvoirs publics ont souhaité engager une profonde réforme, l'objectif étant de lever les obstacles que rencontrent les personnes les plus

¹⁶⁴ - Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, JO du 28 juillet 1999, P. 11229.

défavorisées dans l'accès aux soins et de permettre à tous de bénéficier effectivement du système de santé.

La loi instaure un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, selon lequel « *toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie-maternité* »¹⁶⁵. Il en résulte donc l'affiliation, sur critère subsidiaire¹⁶⁶ de résidence, de toute personne ne relevant d'aucun autre régime professionnel. De même, l'article L 111-2-1 du code de la sécurité sociale (résultant de la loi du 13 août 2004) fixe les principes fondamentaux de la protection du droit à la santé en indiquant que :

« *La nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie :*

- *Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ;*
- *L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire ».*

Mais, il faut indiquer que la reconnaissance en France de ce droit est à rapprocher de l'article 12 du pacte de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies¹⁶⁷ consacrant « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». Les États, dont la France, qui ont ratifié ce Pacte s'engagent à prendre toutes les mesures pour « *assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* » et à développer une politique systématique de prévention¹⁶⁸ afin d'atteindre « *le niveau de santé le plus élevé possible* », c'est-à-dire « *un*

¹⁶⁵ - Art. L. 380-1 CSS. Code de la sécurité sociale.

¹⁶⁶ - La logique de subsidiarité signifie qu'une personne ne peut relever de ce dispositif dès lors qu'elle peut prétendre au bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à un autre titre que celui de sa résidence stable et régulière en France, que ce soit en qualité d'assuré social, d'ayant droit ou encore dans le cadre du maintien de droits. : MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice, *Op.cit.*, 2006. P. 261.

¹⁶⁷ - V. *Supra.* p. 51.

¹⁶⁸ - CHARVIN Robert, *droit de la protection sociale*, éd. L'Harmattan, paris 2007, P.122.

état de complet bien-être physique, moral et social », comme a déclaré la Constitution de l’OMS par son premier article¹⁶⁹.

B. La couverture maladie universelle complémentaire « CMUC ».

L’assurance maladie se caractérise par l’existence d’une couverture complémentaire facultative assurée par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les compagnies d’assurances. Mais, toutes les personnes n’ont pas les mêmes moyens leur permettant d’accéder à une couverture maladie complémentaire. Pour cela, l’un des objectifs de la loi relative à la couverture maladie universelle, qui s’inscrit dans le cadre du programme triennal d’action pour la prévention et la lutte contre les exclusions, est de faciliter l’accès aux soins. Il s’agit d’assurer une couverture complémentaire maladie à ceux qui ont renoncé, du fait de la non prise en charge d’une partie des soins par les régimes de base et faute de ressources suffisantes, à se soigner.

Alors, l’article 20 de la loi 27 juillet 1999¹⁷⁰ pose le principe du droit à une couverture complémentaire en matière de santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles. Cette couverture complémentaire constitue une « véritable révolution », parce que c’est la première fois que les gouvernements osent s’aventurer dans un domaine qui était jusque-là réservé à des organismes privés. Certes, en appliquant la couverture maladie universelle complémentaire, la politique française est arrivée à mettre en place une couverture réelle des risques sanitaires.

La couverture maladie universelle complémentaire se différencie fondamentalement de l’aide médicale départementale, puisqu’elle est « *un droit objectif* »¹⁷¹ reconnu à toutes les personnes qui répondent aux conditions d’accès. Il ne s’agit plus d’accorder une aide en tenant compte, avec plus ou moins de rigueur, de tel ou tel critère d’appréciation, mais d’appliquer un droit. Cette nouvelle logique a permis une extension effective de la population sociale en permettant d’établir une égalité de traitement dans l’accès aux soins sur l’ensemble du territoire.

¹⁶⁹- V. *Supra*. p. 59.

¹⁷⁰- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, JO du 28 juillet 1999, P. 11229

¹⁷¹- JACQUOT Sophie, La couverture maladie universelle, édit. LIAISONS, paris, 2000, p. 17.

D'autant plus qu'elle ne porte que sur les prestations en nature, c'est-à-dire les remboursements de frais de soins, la CMUC est limitée aux personnes qui remplissent deux conditions fondamentales prévues par la loi. Le droit à la CMUC est réservé aux personnes résidants en France et « *dont les revenus sont les plus faibles* »¹⁷².

C. Les limites de l'universalisation.

L'universalisation de l'assurance maladie prévue par la loi de la couverture maladie universelle n'a pas été réalisée effectivement puisque deux conditions la limitent. Pour être « ayant droit » de la couverture maladie universelle, les personnes sont bien évidemment soumises à un plafond de ressources et doivent résider en France de façon ininterrompue pour une durée minimale de six mois¹⁷³.

Alors, Les immigrés en situation régulière, ne résidant pas en France depuis six mois ne peuvent pas bénéficier de la CMU. En plus, contrairement à ce qui est affirmé parfois de façon polémique, cette couverture qui s'adresse aussi aux étrangers, discrimine bien entre ceux qui sont en situation régulière par rapport au séjour et ceux qui ne le sont pas. Seuls les premiers peuvent se voir affilier, tandis que l'aide médicale de l'État (AME) a été maintenue pour les étrangers ne remplissant pas les conditions de résidence, mais ce dispositif a été gravement remis en cause.

Mais, la limite la plus problématique est celle induite par « l'effet de seuil ». Dans ce cadre, le législateur a largement débattu des conditions de ressources nécessaires pour pouvoir bénéficier de la CMU. En 1999, il a fixé le montant d'une manière restrictive au-dessous du seuil de pauvreté communément admis¹⁷⁴. Ce plafond de ressources est fixé par décret et révisé chaque année par arrêté. Certains auteurs¹⁷⁵ demandent tout simplement la suppression

¹⁷²- Il faut que les ressources d'une personne ne dépassent pas un plafond qui été fixé par l'article D. 861-1 du code de la sécurité sociale. v. KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 3e édition Dalloz, Paris 2009, p. 135.

¹⁷³- la durée de résidence requise était antérieurement de trois mois, c'est le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 qui l'a portée à six mois (CSS, art. R. 115-6).

¹⁷⁴- CHARVIN Robert, *droit de la protection sociale*, éd. L'Harmattan, paris 2007, p. 122.

¹⁷⁵- En ce sens, BORGETTO Michel, « Brèves réflexions sur les apports et le limites de la loi créant la CMU », *droit social*, janvier 2000, p.38 ; LEVY Catherine, MONY Patrick, VOLOVITCH Pierre in « la CMU : ce qui doit changer », *droit sociale* 2000, p 58.

de ce seuil couperet, qu'ils considèrent comme source d'inégalités injustifiées pour certaines catégories de la population exclues du bénéfice de la loi. Afin de résoudre cette problématique, la loi du 13 août 2004 a instauré un crédit d'impôt destiné à aider les personnes qui dépassent le seuil d'admission à la CMUC de moins de 15%¹⁷⁶ à prendre une assurance complémentaire. Ceci dans le but de limiter, autant que faire se peut, ce qu'on appelle « l'effet de seuil ».

Paragraphe 3 : La couverture maladie universelle au Liban : un rêve plus qu'une réalité.

Le Liban qui n'a pas réussi à établir une couverture maladie universelle obligatoire, connaît toujours un système sanitaire très compliqué. Ce système se caractérise par la multiplicité des acteurs d'assurance de santé (A) et par l'existence d'une assurance facultative (B), prévue par la Loi de la sécurité sociale. Malgré cette complexité et multiplicité des acteurs, beaucoup des libanais sont restés hors du champ d'application de ce système sanitaire. Cela a poussé le pouvoir politique à proposer des solutions (C) dans le but d'appliquer une couverture maladie universelle au Liban.

A. La multiplicité des acteurs d'assurance de santé.

Il existe au Liban neuf institutions publiques¹⁷⁷ d'assurance maladie-maternité qui couvrent 54% de la population libanaise¹⁷⁸. Tout comme la branche d'assurance maladie-maternité de la CNSS, chacune des caisses est ciblée à une catégorie professionnelle bien précise et impose une adhésion obligatoire. Généralement ces caisses portent le nom de leurs assujettis:

¹⁷⁶- BLÉMONT Patrice, « l'assurance maladie en France : Assurance maladie ou protection contre la maladie ? », cours donné à l'université de Franche Comté, année scolaire 2006/2007. Disponible en ligne sur : http://cours.medecine.2007.free.fr/Site_14/Cours_de_medecine_sciences_humaines_et_sociales_files/lucien%20assurance%20maladie%20en%20france.pdf. (Consulter le 09-03-2012).

¹⁷⁷- La branche d'assurance maladie-maternité de la caisse National de la Sécurité Sociale en fait partie.

¹⁷⁸- Ce pourcentage est basé sur les statistiques de ces institutions.

- La coopérative des fonctionnaires de l'État.
- La brigade de la santé qui couvre l'armée.
- La coopérative des juges.
- La coopérative des professeurs de l'université libanaise.
- La coopérative des Force de sécurité intérieure.
- La coopérative de la sûreté générale.
- La coopérative de la sûreté de l'État.
- La coopérative de la police douanière.

Malgré la pluralité des caisses, un pourcentage de 46% de la population libanaise n'est assujetti à aucun régime public qui assure leur protection sanitaire. Pour cela, le ministère de la santé générale assure une aide médicale en faveur de ces libanais qui n'ont pas une couverture sanitaire, indépendamment de leur situation professionnelle. Cette couverture n'est pas assez suffisante puisque tout d'abord elle ne couvre que les frais d'hospitalisation, c'est-à-dire les actes effectués dans un hôpital. En plus, elle est limitée par un budget incapable d'indemniser tous les libanais qui à la fois en ont besoin et y ont droit.

Enfin, il faut noter que le système sanitaire libanais se base essentiellement sur le secteur privé, avec l'existence de 51 compagnies d'assurance privées¹⁷⁹ et 64 caisses mutuelles¹⁸⁰. Ces compagnies et caisses couvrent les libanais qui ne sont pas pris en charge par les institutions d'assurance publiques et qui ne sont pas satisfaits de l'aide médicale assurée par le ministère de la santé générale. En plus elles proposent une couverture complémentaire à ceux qui ont une couverture de base assurée par les institutions d'assurance publiques.

B. L'assurance facultative

La loi de la Sécurité sociale prévoit dans son article 11 un régime facultatif d'adhésion à la CNSS. Toutefois, ce régime facultatif n'a été mis en place qu'à partir de 2002, par le décret n° 7352 du 1^{er} février 2002 instaurant la section de l'assurance facultative,

¹⁷⁹- WEHBE Mohammad, « le secteur d'assurance », journal Al-Akhbar, Beyrouth, 13-10-2012. Disponible en ligne sur : <https://www.al-akhbar.com>. (Consulter le 08-11-2012).

¹⁸⁰- La république libanaise – ministère de l'information, « conférence de presse des caisses mutuelles sur la journée de mutuelle », Beyrouth, 5-9-2012. Disponible en ligne sur : <http://www.ministryinfo.gov.lb>. (Consulter le 08-11-2012).

prévue dans la branche de l'assurance maladie-maternité. Le législateur a mentionné que cette section « *entrera en vigueur douze mois civils après le mois durant lequel il a été publié* »¹⁸¹. Finalement un acte d'information n°320 daté le 30/9/2004 a ouvert la porte d'adhésion à la section de l'assurance maladie-maternité facultative.

Seuls les Libanais qui ne bénéficient d'aucune couverture médicale sont habilités à adhérer à cette section, ainsi que les membres de leur famille conformément à l'article 14 du code de la Sécurité sociale. Ces personnes peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Les personnes qui travaillent ou font des services pour le compte de leurs conjoints.
- Les personnes qui ont fait partie de la branche assurance maladie-maternité et qui ne sont plus admissibles à être assujettis obligatoirement à cette branche.
- Les travailleurs indépendants.
- Les employeurs qui font travailler sous leur direction des salariés assujettis à la CNSS.

L'assurance facultative qui visait à généraliser l'assurance maladie-maternité a connu un échec remarquable. Un grand déficit financier a eu lieu un an après sa mise en vigueur. Cela a obligé le conseil d'administration de la CNSS à suspendre temporairement l'acceptation des demandes d'adhésion à cette section à partir de 29/5/2005¹⁸². Ce qui aggrave encore plus la situation est le fait que les hôpitaux refusent d'admettre les adhérents facultatifs à la branche maladie-maternité. Ils demandent aux malades de solder leur compte et de réclamer par la suite le remboursement directement à la CNSS. Ainsi, encore une fois la généralisation voulue n'a pas eu l'occasion d'exister même partiellement.

Cette situation a poussé le Ministre de Travail (2009-2011), Boutros HARB, à décrire l'assurance facultative comme étant « l'expérience échouée »¹⁸³. En plus, l'ancien directeur de la branche d'assurance maladie-maternité, Jamil MALAK, a considéré que l'article 11 de

¹⁸¹ - Le décret est publié dans le JO le 9-2-2002, et il a pris effet le 1-3-2003.

¹⁸² - BAZZI Adnan, « cahier traitant la situation de la section de l'assurance facultative dans la branche de l'assurance maladie-maternité », magazine de la sécurité sociale, Beyrouth, juin 2011. (Langue Arabe).

¹⁸³ - Journal AL Moustakbal, « HARB : les problèmes de la caisse est importants et l'expérience de l'assurance facultative a été un échec », journal Al Moustakbal, Beyrouth, 17 Décembre 2009. (Langue Arabe).

la loi relative à la sécurité sociale est devenu annulé implicitement¹⁸⁴. Cela en se basant sur la loi n° 16/75¹⁸⁵ datée le 11/4/1975 qui, en modifiant la loi de création de la sécurité sociale en 1963, a regroupé les trois étapes prévues par cette dernière en une seule étape¹⁸⁶. Alors, les personnes couvertes par l'assurance facultative peuvent être assujettis à la branche d'assurance maladie-maternité obligatoire de la même façon que les autres catégories y sont assujettis après la modification de la loi de 1963.

Finalement, on peut ajouter que l'application d'une sécurité sociale sous un critère facultatif présente un point de faiblesse en matière de solidarité nationale. En effet, cette assurance facultative qui « *tiendra une comptabilité distincte conformément à un plan comptable spécial* »¹⁸⁷ menace le concept principal de la sécurité sociale, qui est la solidarité entre toute la nation, puisqu'elle se base sur la séparation des fonds de l'assurance maladie-maternité.

C. Des solutions proposées.

La couverture maladie universelle se réalise normalement par l'application de l'une des options suivantes :

Soit la mise en place d'un système national de protection sanitaire pour tous les citoyens, dont les résidents légaux. Ce système doit être géré par l'État et financé uniquement par des impôts¹⁸⁸.

Soit par l'extension de l'assurance maladie-maternité sociale obligatoire par l'instauration des différents régimes couvrant les différentes catégories professionnelles de la population. Ce système doit être géré complètement par la caisse nationale de la sécurité sociale, et

¹⁸⁴- MALAK Jamil, « l'application du régime d'assurance maladie maternité à toute les catégories de la population libanaise qui ont resté hors le champ d'application jusqu'à nos jour », magazine de la sécurité sociale, Beyrouth, juin 2011. (Langue Arabe).

¹⁸⁵- V. *supra*. p. 79.

¹⁸⁶- Cette étape prévoit l'assujettissement des libanais dont la nécessité s'est avérée dès la première étape. V. L'article 1, premier paragraphe, point 1, section e de la loi n° 16/75 datée le 11/4/1975.

¹⁸⁷- Décret n° 7352 du 1 février 2002, paragraphe 3 de l'article 4, JO, Liban 9-2-2002.

¹⁸⁸- Comme c'est le cas au Royaume-Uni et au Canada.

financé par des cotisations sociales pour les prestations en espèce et des impôts pour les prestations en nature¹⁸⁹.

Soit par la création d'un système de soins public qui couvre les personnes non assujetties obligatoirement à un autre système de protection sanitaire. Ce système doit être géré par l'État et financé par des impôts. Alors que les autres personnes continuent à être assurées par leurs systèmes déjà existants¹⁹⁰.

Deux projets sont discutés au Liban afin d'atteindre une couverture maladie universelle qui répond aux aspirations du peuple, mais ils n'ont pas été mise en vigueur.

Le premier projet est proposé par l'ancien Ministre de la Santé Générale (2004-2011), Mohammad JAWAD KHALIFA. Ce projet dénommé « Carte Santé » consiste à construire un système sanitaire obligatoire couvrant les personnes qui ne bénéficient d'aucune protection obligatoire en matière d'assurance maladie-maternité. Le Ministre a déclaré que ce système ne remplace pas les autres institutions publiques qui assurent une couverture sanitaire. Ce système va être géré complètement par le ministère de la santé générale et financé moitié-moitié par l'État et la personne assurée. Son concept est proche de celui du système appliqué en Thaïlande avec une différence dans le moyen de financement. Mais malheureusement, le Ministre a été remplacé avant l'adoption de son système. Même si ce système ne résout pas complètement le problème de la protection sociale, il propose au moins une couverture obligatoire qui peut être adoptée faire office d'une solution temporelle.

Le deuxième projet surnommé « couverture maladie universelle » est proposé par l'ancien Ministre de Travail (2011-2012), Charbel NAHAS. Le Ministre a voulu, par son projet, passer d'un système d'assurance maladie caractérisé par la dispersion, la fragmentation, le manque d'universalité et l'inégalité à un système national d'assurance maladie obligatoire capable de couvrir uniformément tous les libanais. Son projet consiste à créer un régime d'assurance maladie-maternité obligatoire qui remplace la branche d'assurance maladie-maternité de la CNSS et toutes les autres caisses publiques d'assurance maladie. Ainsi, c'est une réforme d'unification du système sanitaire. La gestion de ce régime est confiée à la Caisse nationale de la sécurité sociale, et entièrement financé par le budget de l'État. Encore

¹⁸⁹ - Comme c'est le cas en France.

¹⁹⁰ - Comme c'est le cas en Thaïlande.

une fois, ce projet qui est proche du système appliqué au Royaume-Uni et au Canada, avec une différence en matière de gestion, n'a pas été adopté par les pouvoirs politiques au Liban puisqu'il était attaché à un autre projet qui règle le sujet de la correction des salaires¹⁹¹. Le projet de NAHAS a été critiqué par l'expert juridique libanais, Rafic SALAMAH, qui a vu dans « *l'attribution de la gestion du régime à la CNSS une contradiction à la nature du régime préposé* »¹⁹². En effet, c'est un régime national qui est financé intégralement par le budget de l'État, alors que l'idée de la sécurité sociale repose sur la solidarité et l'intégration sociale, et son financement se base généralement sur les cotisations en fonction des salaires.

En revanche, un troisième projet, toujours en cours de préparation, va être proposé par le Ministre de la Santé Générale Ali KHALIL. Ce projet prénommé « la couverture maladie universelle », coïncide avec la politique proposée par l'ancien Ministre KHALIFA. Il convient de créer un système sanitaire obligatoire destiné aux personnes qui n'ont pas une couverture maladie. Ce système ne remplace pas les autres caisses d'assurance maladie-maternité, et il est géré complètement par l'État. Le projet privilégie les libanais pauvres en leur assurant une couverture maladie complète et gratuite, tandis qu'une prime d'assurance est prévu pour les personnes dont les ressources dépassent un certain plafond. Quant au financement, le projet diverge de celui de l'ancien ministre, puisqu'il se base principalement sur les impôts qui vont dorénavant être imposés sur des produits qui menacent la santé de la population (comme le tabac et l'alcool).

Finalement, il faut noter que le Ministre KHALIL, a déclaré que « *la logique suggère la nécessité d'unifier les caisses d'assurance, mais le fait impose de fournir rapidement une couverture maladie pour les personnes non assurées pour mettre fin à ce problème. Ensuite on peut travailler sur l'idée de l'unification* »¹⁹³. De ce fait, même si cette solution deviendra applicable, elle restera provisoire. Ainsi, il sera toujours nécessaire de préparer une réforme fondamentale du système sanitaire au Liban, en se basant sur deux principes fondamentaux qui sont l'unification du système et l'application d'une couverture maladie universelle.

¹⁹¹- Le projet de correction des salaires a évoqué un grand conflit a eu lieu dans le conseil des ministres libanais, ce qui a poussé le Ministre NAHAS à démissionner.

¹⁹²- SALAMAH Rafic, « Débat de fond sur le projet du Ministre du Travail Charbel NAHAS de la couverture maladie universelle », journal AL-Moustakbal, Beyrouth, décembre 2011. (Langue Arabe).

¹⁹³- KHALIL Ali, « l'assurance universelle va être appliquée avant la fin de 2012 », journal AL-Akhbar, Beyrouth, 9-1-2012. (Langue Arabe).

Titre 2 : l'organisation de la branche « maladie-maternité » : Assujettissement et prestation.

Un système de sécurité sociale peut s'organiser en deux formes dans le but d'appliquer la politique de généralisation de la couverture maladie-maternité.

D'un côté, il peut se présenter par un seul régime qui couvre la santé de toute la population. L'affiliation à ce régime est basée sur un seul critère de résidence qui élimine toute distinction entre la population. Ainsi, on ne cherche plus à savoir si la personne assurée est salariée ou non, ou plus loin si elle est travailleuse ou non. Alors, le critère professionnel de la personne assurée est présumé inutile dans le régime unique. Il s'agit dans ce cas d'un système universel.

D'un autre côté, il peut se présenter par plusieurs régimes, indépendants les uns des autres, de sorte que chacun d'eux couvre la santé d'une catégorie de la population bien déterminée. La détermination de la catégorie couverte par chaque régime se fait par rapport au critère socioprofessionnel de la personne assurée. Ainsi, pour qu'une personne soit affiliée à un régime déterminant, il faut justifier son statut professionnel qui doit être compatible avec le champ d'application de ce dernier. Ce système ne peut pas être considéré comme un système universel, parce que son but se limite à la généralisation de la couverture à la population « active ».

Le législateur libanais a voulu organiser le système de sécurité sociale par la mise en place d'un seul régime. Ce régime devait commencer par assurer les salariés dans un premier temps, et il était supposé parvenir, au bout de deux autres étapes, à couvrir toute la population libanaise. Cette politique d'universalisation n'a pas réussi au Liban, et le système de sécurité sociale libanais est devenu mal organisé d'où la nécessité de sa réforme. Celle-ci avait pour objectif de couvrir toute la population libanaise par une assurance maladie-maternité obligatoire. La France qui a atteint cet objectif dès 2000, après la mise en place de la couverture maladie universelle, peut être considérée comme un exemple à suivre dans la matière, d'où l'importance d'analyser l'organisation du système français et souligner les divergences et convergences entre les deux systèmes.

Dès 1945, la France décida de mettre en place un système universel de sécurité sociale, avec pour objectif d'unifier les caisses d'assurances sociales déjà existantes et de les regrouper dans un seul régime « général » qui couvre toute la population française dont les résidents. Mais suite à de fortes résistances exercées par les assurés des régimes préexistants, cette politique d'universalisation n'a pas été mise en œuvre, et le système français demeure basé sur plusieurs régimes socioprofessionnels. Toutefois, la généralisation de la couverture de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie-maternité n'est pas limitée à la seule population active. Certes, on ne peut pas affirmer que le système français soit un système universel mais il a généralisé sa couverture dans une perspective universelle.

Enfin, suite à l'échec d'organisation d'un régime unique qui assure une couverture maladie-maternité, au Liban comme en France, une organisation originale a été appliquée en France. Il s'agit d'un système qui se base sur le principe de résidence mais qui est organisé selon des critères d'assujettissement socioprofessionnels (chapitre 1), afin d'assurer une couverture des risques de la santé progressivement généralisée uniformément à toute la population (chapitre 2). En se basant sur cette organisation, on pourrait faire progresser la branche d'assurance maladie-maternité au Liban.

Chapitre 1 : un système obligatoire basé sur le principe de résidence, avec une modalité d'assujettissement selon des critères socioprofessionnels.

L'objectif déclaré, en France comme au Liban, était d'assurer une couverture maladie-maternité à toute la population. Pour cela, un système basé sur le principe de résidence a été mis en place en France. Cet objectif n'a pas pu être atteint au Liban, d'où la question de savoir si le système français peut être appliqué au Liban. Pour répondre à cette question, on cherchera à analyser le système français et à le comparer avec celui existant au Liban.

En effet, le système français prend en charge toutes les personnes résidentes sur le territoire français par le biais de plusieurs régimes. Ceux-là se caractérisent par l'application de modalités d'assujettissement différentes en se basant sur des critères socioprofessionnels. D'un côté, il s'agit d'assujettir les salariés non agricoles à un régime général (section 1), qui accueille, en plus, des personnes non professionnelles en appliquant le principe de résidence. D'un autre côté les autres personnes professionnelles sont assujetties à trois régimes différents qui portent chacun le nom de la catégorie qu'il couvre (section 2).

Section 1 : Le régime général.

Étant donné que le régime général de sécurité sociale est un régime obligatoire, il s'agit de déterminer les personnes qui ont la qualité d'assuré social au regard de ce régime.

En principe, le régime général s'applique aux salariés, dénommés « travailleurs dépendants » (paragraphe 1), catégorie juridique qui se distingue des « travailleurs indépendants ». Cette distinction est en effet fondamentale du point de vue du droit de la sécurité sociale, dans la mesure où les travailleurs dépendants sont, en tant que tels, « assujettis » obligatoirement au régime général¹⁹⁴. Mais, dans le but de généraliser le champ d'application de la sécurité sociale à toute la population, le régime général a commencé à accueillir de nouvelles catégories de personnes qui ne relèvent pas d'un autre régime (paragraphe 2).

¹⁹⁴ - Eventuellement à des régimes spéciaux propres à certaines catégories particulières de salariés : v. *infra*. p. 124.

Paragraphe 1 : l'assujettissement sur critère de « dépendance ».

La distinction entre les travailleurs dépendants et les travailleurs indépendants en matière de sécurité sociale n'est pas facile. La question qui se pose à ce sujet étant : faut-il distinguer les travailleurs selon la dépendance économique ou la dépendance juridique ? Cette question est « *complexe et ne reçoit pas de réponse absolument évidente* »¹⁹⁵ en raison de l'incertitude concernant la situation professionnelle.

En effet, cette problématique a été mise en débat dès la création de l'assurance sociale française en 1930. À cette époque, le législateur a indiqué que le système ne visait que les salariés dont les gains étaient inférieurs à un certain plafond. Ainsi, d'une vue globale, l'objectif était de protéger les salariés « économiquement faibles ». Cet objectif a encouragé l'extension de la protection sociale à d'autres personnes « économiquement faibles » sans prendre en considération le fait qu'ils soient salariés ou pas. Cela est accentué par le décret-loi du 28 octobre 1935 qui étendit le bénéfice des assurances sociales « *à toutes les personnes ... travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs quand leur rémunération totale, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 15 000 F* ». Ainsi, dès le départ, le critère de dépendance économique a été préféré à celui de dépendance juridique¹⁹⁶. Mais, avec l'institution de la sécurité sociale en 1945, le critère juridique prend le dessus sur le critère économique, sur une base de situation de dépendance à l'égard d'un « employeur »¹⁹⁷. Ce changement est dû à une interprétation différente des dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945, relatives aux conditions de l'assujettissement au régime général français, bien qu'elles aient repris les termes du décret-loi précité de 1935 en abandonnant le plafond déjà mentionné.

Dès 1945, la cour de cassation a adopté une conception extensive de la dépendance entraînant une affiliation au régime général en se basant sur la notion clé de « service organisé ». Cependant, cela n'a pas empêché la stabilisation de l'interprétation de la notion de « travailleur dépendant » fondée sur une construction juridique de cette situation

¹⁹⁵- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 427.

¹⁹⁶- DREYFUS Michel, RUFFAT Michèle, VIET Vincent, VOLDMAN Danièle, *se protéger, être protégé, une histoire des assurances sociales en France*, PUR, Rennes, 2006, p. 81 et s.

¹⁹⁷- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 428.

professionnelle. Mais, après la création du régime d'assurance maladie pour les travailleurs non-salariés non-agricoles¹⁹⁸ en 1970, la politique expansionniste ne peut plus être adoptée. Le tracé de la frontière entre les deux régimes devient une nécessité, ce qui a posé de nouveau la problématique de la définition du « travailleur dépendant ».

De même, la loi Libanaise qui a été bien influencée par les législatifs français, a connu le même problème dans la distinction entre le travailleur dépendant et le travailleur indépendant en matière d'assujettissement au droit de la sécurité sociale.

Étant donné que la loi libanaise relative à la sécurité sociale a prévu trois étapes pour étendre la couverture à toute la population libanaise, l'article 9 de la loi a défini les personnes assujettis obligatoirement à la sécurité sociale dès la première étape comme étant : les « *salariés ... travaillants pour le compte d'un ou plusieurs employeurs ... cela quels que soit la durée, le genre, la nature ou la validité des contrats qui les lient à leur employeur ...* ». Dans cet article, on remarque que le législateur, a utilisé, d'une part, l'expression « salariés » pour déterminer la personne assurée, et a confirmé, d'autre part, que la nature du contrat qui le lie à son employeur n'affecte pas son droit à la sécurité sociale. Cela a divisé la doctrine et la jurisprudence libanaise en deux courants. Le premier courant prône la distinction des travailleurs salariés et non-salariés selon la dépendance économique, en se basant sur le fait que le législateur a voulu étendre, le plus possible, le champ d'application de la loi. Par contre, le deuxième a considéré que le salarié assuré doit être lié à son employeur par un contrat basé sur la dépendance juridique conformément au texte de l'article 624 « contrat et obligation ».

Cette problématique peut être résolue en se basant sur les textes et les interprétations jurisprudentielles, présentées en France, qui ont peu à peu fixé les critères du travail dépendant. La définition du travailleur dépendant peut surgir de l'analyse de l'article L. 311-2 du code de sécurité sociale français qui constitue la base du droit positif de l'assujettissement obligatoire au régime général en matière de sécurité sociale française (A). En plus, la dépendance adoptée est confirmée par la loi Madelin fondatrice de la présomption de non-assujettissement (B).

¹⁹⁸ - V. *infra* p. 130.

A. Le droit positif de l'assujettissement obligatoire au régime général d'assurance maladie-maternité.

L'article L. 311-2, du code de sécurité sociale français, constitue la base du droit positif en la matière. Cet article détermine le domaine des assurances sociales dont l'assurance maladie-maternité, en répondant à une question fondamentale : Qui est en principe obligatoirement « assujetti » au régime général ? En vertu de cet article, « *sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes, quelle que soit leur nationalité, de l'un ou l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat* ». Cet article est plus vaste que l'article 9 de la loi libanaise qui détermine les personnes assujetties au système. Le législateur français a utilisé la notion de « personne » à la place de « salarié » utilisée par le législateur libanais. Toutefois, on ne peut pas dire qu'il a adopté la dépendance économique, puisque dans cet article on remarque trois conditions qui définissent le travailleur dépendant en matière de sécurité sociale : il faut qu'il y ait un lien de subordination ou de dépendance (1), l'activité doit donner lieu à une rémunération (2), et la relation de travail doit être fondée sur une convention (3). Suite à ces exigences, on peut affirmer que c'est la dépendance juridique qui détermine les personnes affiliées obligatoirement au régime général.

1. Le lien de subordination.

La première condition du travail dépendant, celle du lien de subordination, est la plus importante. Elle signifie que le travailleur doit se trouver avec celui qui l'emploie dans un rapport de subordination et plus précisément de subordination juridique¹⁹⁹. Cette conclusion est basée sur la décision prise par la Haute Juridiction qui a opté de se référer à un lien de dépendance juridique, même si l'idée de dépendance économique refait parfois surface. Certes, le critère d'une dépendance économique pure et simple a été écarté initialement par la

¹⁹⁹ - LABORDE Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, PUF, Paris, 2005, p. 257.

Cour de cassation²⁰⁰ en raison de son incertitude et de sa généralité. Jean jacques DUPEYROUX a mentionné que cette dépendance économique parut trop floue et trop aventureuse, surtout dans une société où tous les citoyens sont économiquement dépendants les uns des autres.

Dorénavant, le lien de subordination juridique est devenu l'élément déterminant de l'affiliation au régime général²⁰¹. Cela, après une longue durée d'incertitude de la jurisprudence sur la détermination des conditions requises afin qu'une activité puisse entrer dans le champ du travail dépendant. Alors, en son absence, le lien « d'employeur à employé » n'est pas défini et l'assujettissement au régime général ne se justifie pas²⁰². Mais la question qui reste à poser étant : comment peut-on déterminer l'existence d'une subordination juridique ? En effet, c'est sous le contrôle de la cour de cassation que les juges recherchent les éléments de fait concluants pour caractériser la subordination juridique²⁰³. Cela en utilisant des indices destinés à s'adapter à la diversification des formes de travail. Il s'agit de l'ingérence de l'employeur dans l'exécution du travail d'autrui (a), de la participation à un service organisé (b) et d'indices subsidiaire de nature économique (c).

a. *L'ingérence de l'employeur.*

La chambre sociale de la cour de cassation a rappelé en 1996, dans un important arrêt *société générale*, que le lien de subordination, utilisé comme indice pour déterminer un travailleur dépendant, « est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution

²⁰⁰- Sur les évolutions de la jurisprudence sur ce point dans les premières années de la sécurité sociale, v. Jean jacques DUPEYROUX, *les conditions de l'affiliation obligatoire au régime général de la sécurité sociale*, D., 1962. chron.179.

²⁰¹- CHAUCHARD Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, 4^e édition, L.G.D.J., Paris, 2005, p. 160.

²⁰²- En ce sens, parmi une jurisprudence abondamment fournie : Soc. 23 mai 1991, RJS 7/91, n° 876 (correspondants locaux de compagnie d'assurance) ; Soc. 11 février 1993, RJS 3/93, n° 309 (activité de rédaction, lié à l'exercice d'un sport) ; Soc. 11 février 1993, RJS 7/93, n° 783 (indicateur d'affaires) ; Soc. 22 juillet 1993, RJS 10/93, n° 1020 (coureur motocycliste lié par un contrat de « sponsoring ») ; Soc. 20 janvier 1994, RJS 3/94 (sous agents d'assurance) ; Soc. 13 juin 1996, RJS 10/96, n° 1091 (infirmières) ; Soc. 27 juin 1996, RJS 10/96, n° 1103 (musiciens) ; Soc. 10 juillet 1997, RJS 10/97, n° 1172 (dirigeants de sociétés) ; Soc. 22 mai 1997, RJS 7/97, n° 862 (poseur d'affiches) ; Soc. 11 février 1999, RJS 4/99, n° 571 (professions de santé, artisan-coiffeur) ; Civ. 2^e, 8 mars 2005, RJS 5/05, n° 566 (salarié détaché).

²⁰³ BADEL Maryse, *Droit de la sécurité sociale*, ellipses, Paris, 2007, p.181.

et de sanctionner les manquements de son subordonné »²⁰⁴. Ainsi, le travailleur dépendant est celui qui est placé dans une situation de dépendance en raison de l'ingérence du contractant qui s'affirme alors en tant qu'employeur²⁰⁵. Cette ingérence de l'employeur apparaît par des directives, un contrôle effectif du travail, l'exercice du pouvoir disciplinaire²⁰⁶, et par la détermination des conditions matérielles du travail²⁰⁷. Par contre, le travailleur qui exécute son travail dans une totale indépendance sera un travailleur non subordonné²⁰⁸.

L'ingérence de l'employeur est retenue, selon la nature de l'emploi, d'une façon plus ou moins extensive. Il peut s'agir de consignes très précises pour l'ouvrier²⁰⁹, d'objectifs annuels pour les cadres ou de délais à respecter pour des techniciens²¹⁰. En plus, la cour de cassation admet l'affiliation au régime général, en tant que travailleurs dépendants, de personnes qui sont de véritables commerçants²¹¹. Cela prend effet à condition que ces commerçants acceptent de se soumettre à des contrôles comptables de l'entreprise qui leur fournit leur

²⁰⁴- Cass., soc. 13 novembre 1996.

²⁰⁵- Soc., 14 juin 1989, RJS 8-9/89 ; n°719 (kinésithérapeute ; orthophoniste) ; Soc., 21 décembre 1989, RJS 2/90, n°152 (moniteur de ski) ; Soc., 1^{er} mars 1989, RJS 4/89, n° 384 (chirurgien- dentiste travaillant dans un dispensaire) ; Soc., 25 janvier 1990, RJS 3/90, n° 247 (médecin-conseil de caisse de prévoyance) ; Soc., 8 février 1990, RJS 3/90, n°248 (moniteur de tennis) ; Soc., 30 novembre 1995, RJS 1/96, n° 64 (médecin) ; Soc., 20 avril 2000 RJS 6/00, n° 700 (mandataire d'assurances) ; Soc., 13 janvier 2000, RJS 5/00, n° 573 (médecins) ; Soc., 23 décembre 2000, Jurisp. UIMM 2001.60 (agents commerciaux) ; Soc., 11 mai 2001, RJS 7/01, n° 913 (indicateurs d'affaires) ; Soc., 10 octobre 2002, RJS 1/03, n° 73 (animateur de vente) ; Civ 2^e, 6 avril 2004, RJS 6/04 n° 739 (profession de santé).

²⁰⁶- Civ. 2^e, 13 décembre 2005, *Bull.* II, n° 320, JCP S, 2006, 1283, note D. Azquinazi-Bailleux, RDSS, 2006, 169, obs. P.-Y. Verkindt ; Soc., 13 janvier 2000, *Bull.* V, n° 20, RJS, 2000, n° 573, JCP E, 2000, p. 401.

²⁰⁷- la plupart du temps, ces éléments caractérisent aussi l'existence d'un contrat de travail. V. BADEL Maryse, *Op. cit.*, 2007, p.182.

²⁰⁸- Soc. 27 septembre 1989, RJS 10/89, n° 803 (franchisage) ; Soc., 12 octobre 1989, RJS 11/89, n° 879 (crédit-bail de camion), Soc. 11 janvier 1990, RJS 2/90, n°150 (expert-comptable) ; Soc., 22 mars 1990, RJS 6/90, n° 253 (indicateurs d'affaires), Soc., 29 mars 1990, RJS 5/90, n° 423 (indicateurs d'affaires) ; Soc., 10 décembre 1990, RJS, 2/91 n°241 (médecin expert) ; Soc., 23 mai 1991 ; RJS 7/91, n° 880 (médecin expert) ; Soc., 27 janvier 1994, Jurisp. UIMM, mars 1994 p.110 travailleur à façon) ; Soc., 13 juin 1996, 10/09 (infirmières) ; Soc., 31 octobre 2000, Jurisp. UIMM 2000.392 (administrateur de société) ; Soc. 10 octobre 2002, RJS 12/02, n° 1429 (franchise) ; Civ. 2^e, 27 janvier 2004, TPS 4/04, n°119 (indicateurs d'affaires) ; Civ. 2^e, 2 mars 2004, RJS 5/04, n°595 (indicateur d'affaires).

²⁰⁹- v. aussi l'assujettissement d'un exploitant de camping du fait des consignes très précises encadrant son activité : Soc. 25 janvier 1996, *Bull.* civ. V. n° 31, RJS, 1996, n° 329 ; Civ. 2^e, 20 septembre 2005, JCP E, 2006, 2129, n°1, obs. D. Azquinazi-Bailleux, RJS, 2005, n° 1249.

²¹⁰- Soc. 5 février 1998, RJS, 1998, n° 361, JCP E, 1998, Pan., 545.

²¹¹- V. not. La jurisprudence sur les géants libres de stations-service (sont considérés comme salariés) ; sur le *franchising*, v. Soc. 27 septembre 1989, RJS, 10/89, 803, écartant l'affiliation dès lors que le franchisé a les risques de son entreprise mais l'admettant au cas de suffisant encadrement : Soc. 16 juin 1994, RJS, 7/94, 899, malgré inscription au registre de commerce ; la participation à un jury d'examen, qui repose sur un lien de subordination : Civ. 2^e, 11 mars 2010, RJS, 6/10, n° 548 ; rap. X. Prétot, Dr. Soc., 2010, p. 561.

marchandise, de respecter certaines heures d'ouverture, et de maintenir leur magasin ouvert toute l'année ou de ne le fermer qu'à certaines dispositions. Par ailleurs, Cette extension avait provoqué des critiques assez vives²¹², en protestant contre le fait qu'une activité parfaitement commerciale soit tenue pour « dépendante » au regard de la sécurité sociale. En plus, cette attraction, faite par le régime générale, nuisait aux régimes de non-salariés en aggravant leurs déséquilibres démographiques.

b. La participation à un service organisé.

Certes, l'application du critère de l'ingérence pour déterminer la subordination est incompatible avec l'exercice de certaines professions. C'est le cas des professionnels de santé²¹³, formateurs²¹⁴, conseillers techniques, sportifs²¹⁵... Bien que l'employeur n'intervienne pas pour leur donner des ordres ou des directives concernant la tâche à accomplir, ces personnes travaillent pour le compte d'autrui.

Alors, en vue de résoudre ce problème, un nouvel indice déterminant l'existence de lien de subordination a fait son apparition à la fin des années soixante. Les arrêts de la cour de cassation affirment, à cette époque, qu'ils doivent être affiliés au régime général comme travailleurs dépendants ceux qui exercent leurs fonctions « *dans le cadre d'un service organisé* », même si la nature du service exclut toute immixtion ou ingérence de l'entreprise qui en bénéficie dans son exécution²¹⁶. Ce nouvel indice a été consacré par l'Assemblée plénière, le 18 juin 1976, dans le très important arrêt Hebdo-presse²¹⁷. Depuis cet arrêt, la participation du travailleur à un service organisé devint reconnue comme un indice de la

²¹²- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, 2011, p. 433.

²¹³- Soc. 23 juin 1994, RJS, 1994, n° 1179, RDSS, 1995, 542, obs. G. Vachet ; Soc. 13 janvier 2000, Bull. V, n° 20, RJS, 2000, n° 573, JCP E, 2000, 401 ; *contra* Civ. 2°, 21 juin 2005, RJS, 2005, n° 1028 ; Soc. 23 janvier 1997, RJS, 1997, n° 325.

²¹⁴- Soc. 20 décembre 1990, RJS, 1991, n° 242 ; Soc. 2 juillet 1992, RJS, 1992, n° 1025 ; *contra* Soc. 13 novembre 1996, RJS, 1996, n° 1316.

²¹⁵- Civ. 2°, 2006, RJS, 2006 ; Soc. 2 juin 1994, RJS, 1994, n° 928 ; *contra* Soc. 16 janvier 1997, RJS, 1997, n° 326.

²¹⁶ V. CHAUCHARD Jean-Pierre, *Op. cit.*, 2005, p. 161 ; DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, 2011, p.433.

²¹⁷- Collaborateurs occasionnels chargés de déposer des prospectus dans des boîtes aux lettres moyennement une somme forfaitaire et disposant pratiquement de toute liberté dans l'organisation de leur tâche : v. D., 1977. 173, note A. Jeammaud ; Soc. 27 février 1992, RJS 4/92, n° 494 (même secteur d'activité) ; JCP, 1977, II, 18659, note Y. Saint-jours, X. Prétot, *les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, édit. Dalloz, 1998, n° 10.

subordination juridique, autorisant sa détermination lorsque l'ingérence de l'employeur est inopérante.

Cet indice a été utilisé pour lutter contre toute fraude à loi de sécurité sociale, en évitant toute réduction des droits sociaux dans le cadre d'un travail faussement qualifié d'indépendant. Alors, grâce aux applications jurisprudentielles de cet indice, beaucoup des personnes, dont la situation de dépendance été prouvée, ont été assujetties au régime général²¹⁸, même si leur relation de travail était irrégulière du point de vue de l'autorité de l'employeur.

Toutefois, en 1996, la Chambre sociale est revenue à une interprétation plus stricte dans le domaine d'application de la notion de « service organisé ». La Haute juridiction a déclaré que « *le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice du lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail* »²¹⁹. Depuis cet arrêt, le service organisé ne peut plus être considéré comme un critère de subordination, mais comme un simple indice, contrairement à la détermination unilatérale des conditions de travail²²⁰. Alors, la participation à un service organisé ne suffit plus pour

²¹⁸- la notion « service organisé » a eu une application générale et a visé des emplois, des professions ou des tâches très variées comme : 1- les médecins d'hôpitaux ou de dispensaires, les pharmaciens de cliniques ou d'hôpitaux, et les psychologues ou médecins d'établissements scolaire, V. Ass. Plén. 27 février 1981, Bull. n° 1. Soc. 21 octobre 1993, RJS 12/93, n° 1229 (médecin membre d'une commission de permis de conduire) ; Soc. 15 novembre 1990, RJS 1/91, n° 81 (médecins et infirmiers) ; Soc. 16 mai 1991, RJS 7/91, n° 879 (remplacement d'un confrère) ; Soc. 17 décembre 1992, RSJ 2/93, n° 179 (remplacement d'un confrère) ; Soc. 30 janvier 1992, RJS 3/92, n° 343 (médecins et kinésithérapeutes exerçant en clinique) ; Soc. 18 juin 1992, RJS 7/92, n° 916 (contrôle médical au domicile du patient). 2- les professeurs ou conférenciers d'établissements privés, V. Soc. 23 mai 1991, RJS 7/1991, n° 884. 3- gardes d'enfants employés par des entreprises spécialisées. 4- agents immobiliers, V. Soc. 19 janvier 1983, Bull. n° 22 ; Soc. 21 novembre 1991, RJS 1/92, n°67 ; Soc. 17 décembre 1992, RJS 2/92, n° 182. 5- porteurs de journaux, V. Soc. 27 septembre 1989, RJS 10/89, n° 802 ; Soc. 23 janvier 1992 et 5 mars 1992, RJS 3/92, n° 343 (cette jurisprudence est désormais sans objet depuis une loi du 3 janvier 1991 : à certaines conditions, il s'agit de travailleurs indépendants qui, toutefois, sont assujettis au régime général. Art. L. 311.3, 18, C.SS). 6- sportifs, V. Soc. 10 octobre 1991, RJS 11/91, n° 1228 ; Soc. 14 mai 1992, RJS 6/92, n° 689 ; Soc. 15 octobre 1992, RJS 12/92, n° 1409 ; Soc. 24 septembre 1992, RJS 11/92, n° 1291. 7- enseignant de formation continue en entreprise, V. Soc., 17 mai 1990, Jurispr. Soc. UIMM, juillet 1990, p.299 ; Soc., 2 juillet 1992, RJS 8-9/92, n° 1025 ; Soc., 19 novembre 1992, RJS 1/93, n° 71.

²¹⁹- V. Soc. 13 novembre 1996, Dr. Soc., 1996, 1067, note J.-J. Dupeyroux, X. Prétot, *les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, édit. Dalloz, 1998, n° 11 ; Civ. 2^e, 27 janvier 2004, TPS, 2004, comm. 119. V. aussi J. DOSDAT, « Le risque d'affiliation au régime général de la sécurité sociale de praticiens libéraux exerçant dans le cadre d'un établissement de santé privé », RDSS 1997 n° 4, p. 847.

²²⁰- Civ. 2^e, 14 septembre 2006, RJS, 2006, n° 1217 ; Civ. 2^e, 18 novembre 2003, Bull. II, n° 338, RJS, 2004, n°101 ; Soc., 11 mai 2001, RJS, 2001, n° 913 ; Soc., 20 mai 1999, RJS, 1999, n°962 ; Soc. 6 février 2003, RJS 4/03, n° 515 (artiste auteur) ; 4 juillet 2002, RJS 11/02, n° 1283 ; Civ. 2,3 mai 2005, Dalloz. 2005.

entraîner l'affiliation au régime général si les conditions d'exercice de l'activité au sein du service ne permettent pas de vérifier l'existence d'une véritable situation de subordination²²¹.

c. Les indices subsidiaires de nature économique.

Parfois, la mise en évidence de l'intégration dans un service organisé ne suffit pas à déterminer la nature de l'activité professionnelle. Dans ces cas, les juges vérifient si le travailleur supporte les risques économiques de l'activité. La cour de cassation se réfère fréquemment à ces indices, puisque, contrairement aux salariés, sont considérées comme non-salariés les personnes qui supportent les risques de leur entreprise et par suite sont associées aux pertes et profits de l'activité. Ainsi, ces indices confirment l'existence d'une subordination juridique en prouvant que le travailleur accomplit une activité pour un autre, sans qu'il supporte les risques de l'exploitation²²². Mais, ces indices sont utilisés plus fréquemment pour renforcer les indices précités que d'une façon autonome²²³. Ils sont donc des indices subsidiaires²²⁴, puisque la dépendance économique d'un travailleur, même si elle souligne la vente de la force de travail, est insuffisante à elle seule pour caractériser la subordination à l'égard d'un employeur²²⁵.

²²¹- Civ. 2^e, 16 septembre 2003, RJS 1/04, n° 102 ; Civ. 2^e, 18 novembre 2003, RJS 1/04, n° 101 ; Civ. 2^e, 16 novembre 2004, TPS janvier 2005, n° 17.

²²²- pour le dessinateur utilisant le matériel de l'entreprise, astreint à un horaire, rémunéré au nombre d'heures effectuées, recevant des directives générales et n'assumant pas personnellement les risques de malfaçons, v. Soc. 4 octobre 2001, RJS, 2001, n° 1454 ; Soc. 25 janvier 1996, Bull. V, n° 31, RJS, 1996, n°329 ; Soc. 22 février 1990, RJS, n° 337 ; Civ. 2^e, 13 décembre 2005, Bull. II, n° 320, JCP S, 2006, 1283, note D. Azquinazi-Bailleux, RDSS, 2006, 169, obs. P.-Y. Verkindt.

²²³- Référence fréquente au cas de remplacement dans un cabinet de profession médicale : Soc. 18 mars 1987 ; v. aussi Soc. 11 juin 1992, RJS, 7/92, 915. Mais argument tenu pour insuffisant par Soc. 21 juillet 1994, Question Séc. Soc., 1994, n° 12, note B. Peignot.

²²⁴ V. Soc. 18 décembre 1975, Dalloz, 1975, 399 ; Soc. 13 juin 1996, n° 94-11212.

²²⁵- V. Soc. 21 décembre 1989, *Jurispr.* UIMM, février 1990, p. 73 (artisan victime d'un accident dans l'exécution de son travail). Loi du 11 février 1994 relative à l'initiation et à l'entreprise individuelle retient la subordination juridique (permanente) comme critère de rattachement au régime général (art. L. 311. 11 nouv., C. SS.). la dépendance économique n'en demeure pas moins présente dans la jurisprudence de la cour de cassation (v. CHAUCHARD Jean-Pierre, « Subordination ou indépendance », à propos de la jurisprudence *Labbane*).

2. L'exigence d'une rémunération.

C'est la deuxième condition posée par l'article L. 311.2. En se basant sur le texte de cet article, on conclut que la rémunération est l'un des indices qui caractérisent le travail dépendant quel que soient sa nature ou son montant. Cette rémunération, même si elle est uniquement en nature, est nécessaire à l'assujettissement au régime général²²⁶, puisqu'elle établit la distinction entre l'activité salariée d'une part et l'activité bénévole²²⁷ ou non rétribuée²²⁸ d'autre part. Ces dernières n'entraînent pas en principe l'assujettissement à quelconque régime de sécurité sociale²²⁹. Toutefois, pour que la rémunération soit un indice sérieux d'une activité salariée, il est préférable qu'elle soit fixe et périodique²³⁰ indépendamment de sa nature ou son origine.

Bien que la rémunération soit un indice nécessaire, et qu'elle soit liée aux mécanismes de base des assurances sociales²³¹, sa seule existence est insuffisante pour caractériser l'existence d'un travail dépendant²³². Elle n'est que la contrepartie d'une activité exercée pour le compte et sous l'autorité de l'autre partie contractante²³³, de ce fait, il faut toujours qu'une relation d'employeur-employé soit mise en évidence.

3. L'existence d'un contrat.

En se référant à l'article L. 311-2, on remarque que, pour qu'une personne soit affiliée obligatoirement aux assurances sociales, dont l'assurance maladie-maternité, elle doit être liée avec son employeur par un contrat. Généralement, en raison de l'exigence d'un lien de

²²⁶- Ch. Réunies, 26 juin 1996, Bill. Civ. n° 4.

²²⁷- Soc. 27 octobre 1959, Bull. IV, n° 1068 ; Soc. 20 mars 1980, Bull. V, n° 213.

²²⁸- Soc. 1^{er} mars 1967, Bull. IV, n° 197.

²²⁹- HERITIER Luc, « la protection sociale des bénévoles et des volontaires », RFAS, octobre-décembre 2002, n°4, p. 83.

²³⁰- Soc. 3 mars 1978, Jurisp. Soc. UIMM 1978.173 ; 12 octobre 1989, *ibid*, décembre 1989, p. 542 ; Soc. 14 mars 1991, RJS 5/91, n° 621 ; Soc. 28 novembre 1991, RJS 1/92, n° 70 ; Soc. 15 octobre 1992, RJS 12/92, n° 1409 ; Soc. 2 juin 1994, RJS 7/94, n°903 ; Soc. 6 mars 2003, Dalloz, 2003, p.209, note J.-P. KARAQUILLO.

²³¹- puisque les cotisations et prestations sont calculées à partir d'une rémunération.

²³²- Civ. 2^e, 18 janvier 2006, RJS, 2006, n° 491 ; Soc. 14 mars 1994, RJS, 1996, n° 445 ; Soc. 19 mars 1990, RJS, 1990, n° 423.

²³³- Soc. 11 mars 1987, Bull. V, n° 127 ; Soc. 27 septembre 1990, RJS 10/90, n° 817 ; Soc. 20 décembre 1990, RJS 2/91, n° 253 ; Civ. 2^e, 14 décembre 2004, RJS 3/05, n° 311 (aide à l'entrée dans un club sportif sans contrepartie de travail salarié).

subordination et d'une rémunération, ce contrat étant un contrat de travail. Mais, de par la formulation de cet article : « *quelle que soit la forme, la nature ou la validité de leur contrat* », l'exigence légale est réduite. Alors, il peut s'agir de toute convention qui révèle ou traduit un rapport de subordination entre les parties²³⁴, même si elle est tacite²³⁵, et bien qu'elle soit nulle²³⁶.

L'existence d'un contrat, ou plus largement d'une convention, est indispensable, même si les deux premiers indices du travail dépendant sont présents. Ainsi, l'absence d'un tel contrat rend l'assujettissement au régime général impossible²³⁷.

B. La présomption de non-assujettissement.

La présomption de non-assujettissement est fondée sur la loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite loi Madelin²³⁸. Cette loi a introduit dans le code du travail un nouvel article L. 120-3 (art. L. 8221-6 nouv.). D'après cet article, les personnes physiques immatriculées : au registre de commerce et des solidarités ; au répertoire des métiers ; au registre des agents commerciaux ou auprès des URSSAF pour le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, sont présumées ne pas être liées pas un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à cette immatriculation. Toutefois, cette présomption n'est pas irréfragable. Elle est rejetée, conformément au deuxième alinéa du même article, si « *la subordination juridique permanente* » est prouvée.

²³⁴ - Soc. 29 janvier 2002, RJS 4/02, n° 387.

²³⁵ - Soc. 27 mai 1968, Bull. V, n° 257.

²³⁶ - Civ. 2^e, 12 décembre 1956, Bull. II, n° 677.

²³⁷ - Ass. Plén., 17 décembre 1966, Dr. Soc., 1966, 97 ; chambre mixte, 26 mai 1972, JCP E, 1972, II. 17221.

²³⁸ - V. ARSEQUEL Albert et ISOUX Philippe, « La loi « initiative et entreprise individuelle » », *Bull. Joly*, 1994, p. 469 ; ARSEQUEL Albert et ISOUX Philippe, *Les nouvelles frontières entre le contrat de travail et le contrat d'entreprise. Cité In Les collaborateurs de l'entreprise : salariés ou prestataires de service ? Travaux de l'Institut de Droit des Affaires. PU Aix-Marseille III, 1995, p. 9* ; BARTHÉLÉMY Jacques, « Contrats de travail et d'entreprise, nouvelles frontières, réflexions sur la loi Madelin », *JCP*, 1994, E, 361 ; TEYSSIE Bernard, « Sur un fragment de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 », *Dr. Soc.*, 1994, p. 667 ; Association Villermé, « La Loi Madelin et le code de travail : contre-courant, une menace qui devrait pourtant rester sans effet », *Dr. Soc.*, 1994, p. 673 ; ANTONMATTE Paul-Henri, DERUE André, La présomption de non assujettissement, *JCP*, 1994, E, 407 ; TAQUET François, « Quelques réflexions sur la loi Madelin », *SSL*, 1994, n° 701 ; les articles de M. Laroque, J.-E. Ray, F. Doroy et de G. Lyon-Caen, dans *Dr. Soc.*, 1995, n° 7/8 (n° spécial) ; PRETOT Xavier, « Comment peut-on être travailleur indépendant ou quelques réflexions sur la loi Madelin », *Bull. soc. FL*, 8-9/1995, p. 398 ; VACHET Gérard, Commentaire de la loi Madelin, *RDSS*, 1995, p. 125 ; VERICEL Marc, « Des incidences de la loi Madelin sur la qualification de salarié », *ALD*, 1995, p. 54.

La loi Madelin a introduit un nouvel article L. 311-11 dans le Code de la sécurité sociale. Le premier alinéa de cet article, symétrique de l'article L. 120-3 (L. 8221-6 nouv.), a stipulé que « *les personnes physiques visées au 1^{er} alinéa de l'art. L. 120-3 (L. 8221-6 nouv.) du Code du travail ne relèvent du régime général de la sécurité sociale que s'il est établi que leur activité les place dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ordre* ». Ce texte confirme clairement l'adoption du législateur français de la dépendance juridique pour déterminer les personnes assujetties obligatoirement au régime général. Cela, en accentuant l'exigence d'un lien de subordination²³⁹ juridique prévu par l'article L. 311-2 du code de sécurité sociale français. Ainsi, le législateur a voulu, par cet article, d'une part, résister à la tendance à l'élargissement démesuré de la notion de dépendance, et d'autre part, limiter l'insécurité juridique inhérente aux incertitudes en la matière.

Paragraphe 2 : les personnes intégrées dans le régime général.

Certes, le législateur français a adopté la dépendance juridique pour déterminer les personnes assujettis obligatoirement au régime général. Toutefois, l'objectif de généraliser la sécurité sociale a conduit à l'élargissement du champ d'application de ce régime. En fait, trois catégories de populations sont accueillies par ce régime : les personnes assimilées légalement aux travailleurs dépendants (A), Les personnes assujettis sur critère de résidence (B) et les nationaux vivant à l'étranger (C).

A. Les personnes assimilées légalement aux travailleurs dépendants.

Dans le but d'appliquer la politique de la généralisation de la sécurité sociale, le législateur français a prévu un ensemble d'extensions et d'assimilations légales qui élargissent l'obligation d'affiliation à de nouvelles catégories actives, voire à des catégories qui n'exercent pas véritablement d'activité professionnelle. Ces personnes affiliées obligatoirement à l'assurance sociale, dont l'assurance maladie-maternité, du régime général sont bien citées par les articles L. 311-3 à L. 311-10 du code de sécurité sociale. Certaines de ces personnes sont considérées pleinement comme des travailleurs dépendants, et elles

²³⁹ - V. *supra*. p. 101.

bénéficient, de ce fait, de l'ensemble des prestations du régime général, c'est-à-dire des prestations en nature et en espèce en matière de l'assurance maladie-maternité²⁴⁰. D'autres sont assimilées partiellement aux travailleurs dépendants, alors elles bénéficient d'une protection limitée, c'est-à-dire que des prestations en nature en la même matière²⁴¹.

Cette hypothèse a été reprise par le législateur libanais en modifiant l'article 9 de la loi libanaise de la sécurité sociale par la loi n° 16/75 du 11/4/1975. Le législateur a précisé, par cette modification, que des décrets vont être mis en vigueur par le conseil des ministres en faveur des autres catégories de libanais qui ne sont pas mentionnés dans cet article et dont la nécessité d'assujettissement à une ou plusieurs branches s'est avérée dès la première étape²⁴².

Ainsi, afin de généraliser la couverture de la sécurité sociale, la première étape prévue par la loi libanaise n'est plus restreinte aux salariés, de même que le régime général français n'est plus limité aux travailleurs dépendants. Cette politique, bien qu'elle soit nécessaire pour résoudre le problème d'assujettissement, en étudiant la situation de chaque catégorie à part, elle désorganise le système et le rend plus compliqué. L'effet négatif de cette complexité est apparu au Liban plus qu'en France, parce que le législateur libanais a assujetti toute les personnes couvertes, même les salariés agricoles, dès la première étape. Cela a créé un obstacle devant le développement du système libanais et a empêché la création des différents régimes organisés comme en France.

²⁴⁰- V. en détail la liste de l'article L. 311-3 en ce qui concerne les personnes exerçant une activité professionnelle et assimilées pleinement aux travailleurs dépendant : DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, pp 444, 445. Et en ce qui concerne les personnes sans activité professionnelle assimilées complètement aux travailleurs dépendant : *Ibid* p. 447.

²⁴¹- V. en ce qui concerne les personnes exerçant une activité professionnelle et assimilées partiellement aux travailleurs dépendant : *Ibid* p. 446. Et en ce qui concerne les personnes sans activité professionnelle assimilées partiellement aux travailleurs dépendant : *Ibid* p. 448.

²⁴²- L'article 1, premier paragraphe, point 1, section e de la loi n° 16/75 qui modifie l'article 9 de la loi de sécurité sociale de 1963.

B. Les personnes assujettis sur critère de résidence.

La création de la couverture maladie universelle²⁴³ en France a donné naissance à un nouveau critère d'assujettissement au régime général qui est le critère de résidence. Ce critère permet d'affilier obligatoirement mais à titre subsidiaire (1) toutes les personnes qui résident en France de manière stable et régulière (2).

1. La subsidiarité du critère de résidence.

La subsidiarité du critère de résidence est déduite des termes de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale (article 3 de la loi du 27 juillet 1999). Il dispose que l'affiliation au régime général sur critère de résidence est réservée aux personnes n'ayant droit « à *aucun titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* ».

L'affiliation sur critère de résidence ne supprime aucun des régimes obligatoires. Ainsi, on parle d'une affiliation subsidiaire par rapport à tous les autres mécanismes d'affiliation existants. Donc, une personne ne peut pas relever de la CMU si elle a des droits ouverts dans le régime général d'assurance maladie-maternité, à un titre autre que celui de sa résidence stable et régulier en France, ou dans un autre régime obligatoire de sécurité sociale. Alors, la CMU est mise en place afin de compléter les régimes obligatoires en conservant toujours les fondements professionnels du système de protection français et en continuant à faire de l'activité professionnelle et de la notion « travail dépendant », le premier critère d'affiliation au régime général. Par contre, l'application de la CMU a entraîné, d'une part la disparition de l'assurance personnelle maladie-maternité ouverte aux personnes qui ne relevaient pas à titre obligatoire d'un régime couvrant ces risques, et d'autre part, la suppression de l'aide médicale départementale qui prenait en charge les cotisations d'assurance personnelle. Toutefois, L'aide médicale d'État subsiste notamment pour les étrangers en situation irrégulière.

Ce principe de subsidiarité s'applique notamment aux personnes rattachées au régime général et susceptibles de bénéficier, à ce titre, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. C'est pourquoi le législateur a exclu de la CMU les personnes qui dépendent d'un

²⁴³ - V. *supra*. p. 86.

régime spécifique comme : les étudiant (art. L. 381-23 et Sv.), les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (art. L. 381- 12 et Sv.), détenus (art. L. 381-30 et Sv.), élus locaux (art. L. 381-32) et artistes-auteurs (art. L. 381-1 et Sv.).

Enfin, en ce qui concerne les personnes ne remplissant plus les conditions d'affiliation à un régime obligatoire, leur affiliation sur critère de résidence n'interviendra qu'à l'issue d'une période de maintien du droit aux prestations dans le dernier régime dont elles relevaient²⁴⁴. La durée du maintien du droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité est fixée à quatre ans, et celle aux prestations en espèces est fixée à un an²⁴⁵. Cette procédure affirme encore une fois le caractère subsidiaire de l'affiliation sur critère de résidence.

2. Les conditions de résidence entraînant l'affiliation au régime général.

L'article L.380-1 du code de la sécurité sociale (article 3 de la loi) dispose que : « toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général ... ».

De cet article, on tire deux conditions qui définissent la résidence entraînant l'assujettissement au régime général. La première condition étant la stabilité de résidence en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer. Cette condition doit être remplie par toute personne qui demande à bénéficier de la CMU, quelle que soit sa nationalité. Le caractère stable de la résidence a été défini par le même article comme le fait de résider de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Cette durée est portée à six mois par le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007²⁴⁶. La deuxième condition concerne notamment les

²⁴⁴- c'est l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale qui prévoit que « les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès ... ».

²⁴⁵- le principe d'une distinction de durée des maintiens de droits en fonction du type de prestations (en espèces ou en nature) a été posé par la loi du 27 juillet 1999 (art. 15). V. JACQUOT Sophie, *la couverture maladie universelle*, éd. LIAISON, paris, 2000, p.27.

²⁴⁶- ce délai de six mois n'est pas opposable aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ainsi aux personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ; aux bénéficiaires de certaines prestations (prestations familiales, allocations aux personnes âgées, allocation de logement, prestations d'aide sociale, RMI) ; et aux personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié. V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 458.

personnes de nationalité étrangère qui doivent justifier être en situation régulière²⁴⁷ au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation. Les étrangers qui ne répondent pas à cette condition n'auront pas le droit à la CMU et par conséquent ne seront pas affiliés au régime général. Toutefois, ils seront pris en charge par l'aide médicale d'État²⁴⁸.

Les conditions de résidence stable et régulière ont été déjà exploitées afin d'ouvrir des droits au régime de l'assurance personnelle. La CMU ne fait donc que reprendre les dispositions de l'article R.741-1 ancien du code de la sécurité sociale relatif aux conditions d'affiliation au régime de l'aide sociale²⁴⁹. Mais la distinction majeure entre ces deux dispositifs se trouve dans le caractère obligatoire de l'affiliation au nouveau régime déterminé par la CMU alors qu'il n'était que volontaire dans le régime de l'assurance personnelle. Cette obligation d'affiliation est limitée par l'article 8 de la loi du 27 juillet 1999 (actuel article L. 380-3 du C.SS) qui exclut au moyen d'une liste certaines personnes du régime général sur critère de résidence, il s'agit :

- Des membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, des fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que des membres de leur famille qui les accompagnent ;
- Des personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;
- Des travailleurs transfrontaliers résidant en France qui ont la faculté d'être affiliés à titre volontaire à un régime d'assurance maladie dans l'État où ils exercent leur activité, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus en France ;

²⁴⁷- V. l'article D.115-1 qui énumère les titres de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers en France.

²⁴⁸- L'aide médicale de l'État s'adresse concrètement aux étrangers en situation irrégulière résidant en France de façon ininterrompue depuis au moins trois mois et aux personnes à leur charge, aux personnes qui ne résident pas en France mais s'y trouvent, le plus souvent pour des raisons humanitaires, et aux personnes gardées à vue sur le territoire français, qu'elles résident ou non en France. V. MAILLE Didier, TROULIER Adeline, VOLOVITCH Pierre, « l'aide médicale d'État : comment le droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », RDSS, 2005, 543.

²⁴⁹- TRINQUECOSTES Sophie, la couverture maladie universelle, Mémoire de DEA de droit du travail et de l'emploi, 2000-2001, sous la direction de Monsieur le Professeur Albert Arseguet, université Toulouse I, faculté de droit, Toulouse, 2001, p. 31.

- Des retraités d'organisations internationales, qui ne sont pas titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions similaires à celle du régime général français.

Cette affiliation sur la base du critère de résidence constitue une « *avancée sociale majeure* » qui a permis de conclure le processus de généralisation en France ayant commencé en 1945. Et en l'absence d'un tel critère d'affiliation à l'assurance maladie-maternité obligatoire au Liban on ne peut pas parler d'une véritable protection sociale et d'un vrai accès aux soins. D'où la nécessité de se baser sur l'expérience française afin d'améliorer le système sanitaire libanais.

C. Les nationaux vivant à l'étranger.

L'analyse du champ d'application personnel du régime général français montre des modalités de prise en compte des français à l'étranger. Le législateur français a dépassé les limites géographiques dans le but d'assurer une couverture maladie aux nationaux français qui vivent à l'étranger. Cependant, cette idée n'a jamais été abordée dans les textes libanais puisque la loi libanaise relative à la sécurité sociale applique le principe de territorialité en déterminant le champ d'application de la couverture.

Le législateur français distingue entre deux catégories de nationaux vivant à l'étranger, d'une part les salariés détachés²⁵⁰ et d'autre part les français expatriés.

La première catégorie regroupe les salariés envoyés en mission temporaire dans un pays autre que celui où est établie leur entreprise. Ces travailleurs détachés conservent les prestations du régime général de sécurité sociale français puisqu'ils sont réputés avoir leur résidence et leur lieu de travail en France²⁵¹. Alors le détachement, qu'il soit conventionnel (conformément à

²⁵⁰- le régime juridique de la protection sociale des travailleurs salariés a été réorganisé par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, art. 19-II, C.SS, art. L. 762-1 et Sv. ; V. JONIN David, KESSLER Francis, « Le détachement à l'étranger et le droit de la protection sociale », SSL, n° 1207, 2005, p. 5 ; CAVALINI Joël, « le détachement des salariés au sein de l'UE ou la prééminence du juge », JCP S 2007, 1742 ; v. aussi MATH Antoine, « l'envoi de migrants détachés dans le cadre de la libre prestation de service transfrontalière : quels risques pour la protection sociale ? », RDSS, 2005, p. 565.

²⁵¹- V. Circ. DSS/DAEI/ 98 n° 485, 30 juillet 1998 qui fait le point sur le détachement de travailleurs salariés ou non-salariés au regard du régime de sécurité sociale applicable. Modifiée par Circ. DSS/DACI n° 2001-34, 18

l'article L. 761-1) ou légal (conformément à l'article L. 761-2), signifie au sens de la sécurité sociale le maintien au régime de sécurité sociale du pays habituel d'emploi. Toutefois, en ce qui concerne les prestations en nature de maladie, on trouve qu'elles sont servies par l'institution du pays de séjour à la charge de l'institution française, en cas de détachement conventionnel, et servies directement par l'institution française sur la base des frais réels mais dans la limite des tarifs applicables, en France en cas de détachement légal.

La deuxième catégorie concerne les français qui ont choisi de vivre à l'étranger. Normalement ces personnes doivent être assurées par le système local du pays où elles résident. Mais, afin de faire face à l'insuffisance éventuelle de certains systèmes de sécurité sociale, et/ou à l'absence de convention internationale garantissant les droits acquis, le législateur français a donné droit à ces français expatriés d'adhérer à des assurances volontaires en France²⁵². En matière d'assurance maladie-maternité, cette adhésion concerne tous les travailleurs salariés (L. 762-1) ou non-salariés (L. 763-1), les titulaires d'un avantage de retraite servi par un régime français à condition de justifier d'au moins vingt trimestres d'assurance à ce régime (L. 764-1), les diverses catégories de bénéficiaires de prestation françaises (L. 765-1 à L. 765-2-1) et enfin tous les autres français (L. 765-3). Finalement, et pour organiser la gestion de l'assurance des nationaux expatriés, la loi du 13 juillet 1984 a créé la Caisse des Français à l'étranger (CFE).

janvier 2001 apportant des précisions suite à deux arrêts CJCE du 10 février 2000 (aff. C-202/97 *Fitzwilliam*) et du 30 mars 2000 (aff. C-178/97 *Barry Banks*)

²⁵² - l'assurance volontaire maladie-maternité en France a été créée par l'ordonnance n° 67- 709 du 21 août 1967 en but de couvrir les personnes qui ne relevaient d'aucun régime obligatoire de sécurité sociale. Elle s'adressait aux personnes résidant sur le territoire national mais aussi à celles qui, pour des raisons professionnelles ou par choix personnel, résidaient à l'étranger. Cette assurance volontaire est relayée, suite à un échec, par l'assurance personnelle en 1978 qui à son tour est remplacé par la couverture maladie universelle en 1999. Cependant, l'assurance volontaire ne disparaît pas pour autant car elle conserve un intérêt évident pour les Français résidents à l'étranger, ceux que l'on nomme les expatriés. V. BADEL Maryse, *Op. Cit.*, 2007, p.192.

Section 2 : Les autres régimes sociaux.

Parallèlement au régime général de la sécurité sociale française, plusieurs autres régimes existent et assurent une couverture maladie-maternité à des personnes qui ne sont pas couvertes par le régime général. L'assujettissement des personnes à ces régimes se base sur le critère professionnel. Pour cela, on distingue trois régimes qui couvrent trois catégories professionnelles différentes. Deux de ces trois régimes ont existé avant l'organisation de la sécurité sociale française en 1945. La survie du premier, qui est « le régime agricole » (paragraphe 1) a été prévu par l'ordonnance du 4 octobre 1945, tandis que le deuxième présenté par « les régimes spéciaux » (paragraphe 2) est présumé provisoire par la même ordonnance, pourtant il existe toujours aujourd'hui. Les catégories professionnelles assujetties à ces deux régimes en France, trouvent au Liban des institutions qui prennent en charge partiellement leur assurance maladie-maternité. Le dernier régime est le seul qui a été mis en vigueur après la création de la sécurité sociale. Ce régime dénommé « régime sociale des indépendants » (paragraphe 3) a été créé en but de couvrir une catégorie professionnelle des non-salariés non agricoles qui n'ont été assujettis à aucun régime déjà existant. Cette catégorie de travailleurs indépendants au Liban n'a aucune organisation qui lui assure obligatoirement une couverture maladie-maternité, pour cela elle trouve sa sécurité dans les compagnies d'assurances privées.

Paragraphe 1 : Le régime agricole.

En vertu de l'article dix de la loi libanaise relative à la sécurité sociale, sont assujettis, au cours de la deuxième étape de l'application de la sécurité sociale, tous les salariés agricoles libanais, dont les stagiaires, travaillant sur le territoire libanais pour le compte d'un ou plusieurs employeurs. Mais le législateur libanais, d'une part, n'a pas respecté « la politique des étapes » puisqu'il a promulgué la loi n° 8/74 datant du 25.03.1974, avant la fin de la première étape, en but d'assujettir les salariés libanais travaillant dans le secteur agricole aux dispositions de la loi relative à la sécurité sociale. D'autre part, il n'a pas assujetti tous les salariés libanais, en limitant les personnes assujetties à la branche d'assurance maladie maternité, en vertu du décret n° 7757 datant du 7.5. 1974, par les seuls salariés libanais « permanents » travaillant sur le territoire libanais dans un établissement agricole. En plus, la loi libanaise n'a pas donné, en matière de sécurité sociale, une définition

pour les établissements qui exercent une activité agricole²⁵³. Pour toutes ces raisons, et afin de réorganiser le régime agricole libanais, il convient d'analyser le champ d'application de ce régime dans les textes français.

En France, L'histoire a joué un rôle déterminant²⁵⁴ dans l'installation d'un régime de sécurité sociale pour le monde agricole. Dès 1928²⁵⁵, la loi sur les assurances sociales prévoit l'assimilation des salariés agricoles aux salariés de l'industrie et du commerce. Mais suite à des résistances très vives du monde rural, l'application de cette loi n'a pas eu lieu. Cela a entraîné, à partir de 1930, une distinction définitive entre ces deux secteurs d'activité en matière de l'assurance maladie obligatoire. Ensuite, l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale française a admis que : « restent soumises au régime résultant de leur statut actuel les professions agricoles et forestière »²⁵⁶.

La présence d'un système de sécurité sociale autonome pour les personnes travaillantes dans l'agriculture, dont la gestion ressortit à la compétence de la Mutualité sociale agricole (MSA), est due aux spécificités économiques et sociales du monde rural. Premièrement, sur le plan économique, on a considéré que le revenu de ce secteur était trop faible pour supporter le coût de prestations sociales comparables à celles du régime général. Deuxièmement, sur le plan sociologique, il existe entre les diverses catégories de personnes composant le monde rural une similitude de conditions de vie et une communauté d'intérêts et de risques très particulière. Par ailleurs, l'opposition entre d'un côté les employeurs, et de l'autre côté les salariés n'a pas, dans le monde rural, la même portée que dans l'industrie ou le commerce. Cela est lié au mode de vie des salariés agricoles qui est très proche de celui des petits et moyens exploitants. Et finalement, en matière de protection sociale, on remarque que le monde rural s'est tôt habitué à avoir ses propres institutions sociales²⁵⁷ grâce au développement spontané important de la mutualité qui a eu lieu dans les zones rurales.

La détermination des personnes couvertes, et surtout des assurés sociaux du régime, présente l'originalité la plus grande, du fait des spécificités du « monde agricole ». Contrairement au

²⁵³ - SALAMAH Rafic, *Explication de la loi de la sécurité sociale*, Beyrouth, 1996, p. 108. (Langue Arabe).

²⁵⁴ - MANDERSCHIED Françoise, *Une autre sécurité sociale : la mutualité sociale agricole*, L'Harmattan, 1991.

²⁵⁵ - Loi du 5 avril 1928.

²⁵⁶ - Art. L 11-2 code de la sécurité sociale.

²⁵⁷ - Le monde rural s'est structuré dès la seconde moitié du 19^e siècle en créant de nombreuses institutions mutualistes pour exposer à des aléas et à des risques spécifiques.

régime général, le champ d'application personnel du régime agricole ne se fonde pas sur le statut dépendant ou indépendant des personnes assujetties, mais il s'étend à toutes les catégories sociales constitutives du « monde agricole ». Ainsi, tout ce qui touche de près mais aussi parfois d'assez loin à l'agriculture a vocation à entrer dans son champ²⁵⁸. C'est comme si le lien avec la terre avait une force fédératrice suffisante pour rassembler ces personnes dans un même régime. Alors, le champ d'application du régime agricole français englobe les salariés et les exploitants (B), à condition qu'ils exercent une activité agricole(A).

A. La notion d'activité agricole.

Par la notion d'activité agricole, on distingue les activités agricoles par nature (1) et les activités agricoles par extension ou par détermination de la loi (2).

1. Les activités agricoles par nature.

Selon l'article L. 311-1 du code rural, « *sont réputées agricoles toutes les activités correspondant à la maîtrise et à l'exploitation d'un cycle biologique de caractère végétal ou animal et constituant une ou plusieurs étapes nécessaires au déroulement de ce cycle* ». Ainsi, il s'agit de l'ensemble des opérations intéressant la production végétale et animale²⁵⁹. C'est l'exercice d'un effort minimum pour mettre en œuvre ou exploiter les forces de reproduction et de multiplication de la nature qui implique la présence d'une activité agricole. De cette hypothèse on tire que le ramassage de végétaux non cultivés revêt ainsi le caractère d'une activité agricole²⁶⁰, de même que l'exploitation de marais communaux²⁶¹, mais non celle d'une tourbière, laquelle ne constitue que l'appropriation sans renouvellement des

²⁵⁸ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 960.

²⁵⁹ - Cass., Civ. 4^e, Époux Wéra c/ Consorts de Ségur, Bull. Civ. IV, n° 559, p.405.

²⁶⁰ - Cass., Soc. 26 octobre 1966, Bull. Civ. IV, n° 812 p. 675; Crim., 18 janvier 1990, Tortay, RJS 5/90, n° 438.

²⁶¹ - Cass., Soc., 6 mai 1987, Commune de Saint-Jores c/ CMAS de la Manche, Bull. Civ. V, n° 255, p. 165 ; Recueil Dalloz 1988, Somm. 285, obs. X. Prétot.

produits de la nature²⁶². Toutefois, l'activité agricole exercée ne doit pas être purement accessoire ou occasionnelle²⁶³.

De cette perspective, se distinguent trois catégories d'activités agricoles par nature. La première catégorie concerne l'ensemble des activités et opérations de mise en culture des sols. Elle s'applique ainsi aux travaux de création, de restauration et d'entretien des jardins²⁶⁴, mais elle ne s'étend pas à l'activité de l'architecte-paysagiste qui se borne à des tâches de conception et à la surveillance des chantiers sans prendre part aux travaux eux-mêmes²⁶⁵. La deuxième catégorie d'activité agricole par nature se rapporte aux activités d'élevage des animaux. La notion d'élevage doit être largement entendue. Elle recouvre ainsi l'élevage des animaux de laboratoire²⁶⁶, l'activité des sociétés de courses hippiques²⁶⁷, et l'activité des haras et des établissements de conchyliculture et de pisciculture. Finalement, la troisième catégorie d'activités agricoles par nature recouvre les activités liées aux travaux forestiers. Ces activités ont été définies par la jurisprudence, d'après la loi du 25 octobre 1972, qui a été modifiée par la loi n° 85-1273 du 4 décembre 1985, comme étant l'ensemble des travaux d'exploitation du bois y compris les travaux de façonnage et de conditionnement du bois lorsqu'ils sont effectués sur la coupe, aux travaux de reboisement et de sylviculture, ainsi qu'aux travaux d'équipement forestier lorsqu'ils sont accessoires aux travaux précédemment énumérés. En revanche, le négociant en bois n'est pas assujéti au régime agricole²⁶⁸.

2. Les activités agricoles par extension ou par détermination de la loi.

Le champ d'application du régime agricole a été étendu à diverses activités qui ont pour caractéristique commune de s'exercer pour le compte ou dans l'intérêt de l'agriculture. Ces activités, déterminées par la loi, peuvent être regroupées en trois grandes catégories.

²⁶²- Cass., Civ. 2^e, 1^{er} juillet 1955, Dr. Soc. 1955, p.526.

²⁶³- Cass., Soc., 19 octobre 1966, Bull. Civ. IV, n° 802, et 6 juin 1968, Bull. civ. V, n° 268 ; CE, 3 juin 1959, Mutuelle agricole du Loiret, Rec. CE, p. 341.

²⁶⁴- Cass., Soc., 14 octobre 1987, CICA V de Seine-et-Marne c/ CMSA de paris et autre, Bull. Civ. V, n° 561, p. 356.

²⁶⁵- Cass., Soc., 22 mars 1990, CAMPL c/ Desormeaux, RJS 5/90, n°439.

²⁶⁶- Cass., Soc., 18 février 1976, Bull. Civ. IV, n°96, p.78.

²⁶⁷- Cass., Civ. 2^e, Bull. Civ II, n°482, p. 342.

²⁶⁸- Cass., Civ. 2^e, 20 décembre 1961, Bull. civ. II, n° 901.

Tout d'abord, le législateur a étendu l'assujettissement au régime agricole aux activités qui constituent le prolongement d'activités agricoles par nature. D'après la jurisprudence, trois conditions ont été prévues pour qu'une activité revête un tel caractère : il faut, premièrement, qu'elle porte sur des opérations qui constituent la suite ou le complément normal de l'activité agricole ; deuxièmement, qu'elle appartienne au titulaire de l'exploitation principale ; et finalement, qu'elle demeure dans la dépendance étroite de celle-ci. Même la vente des produits agricoles relève de cette catégorie, à condition qu'elle porte principalement sur les produits de l'exploitation, et en constitue le prolongement²⁶⁹, à l'exception de l'activité de désinfection-dératisation²⁷⁰. En plus, suite à la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990, l'extension a touché les activités d'accueil touristique lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre de l'exploitation agricole. En revanche, l'application stricte de ces dispositions a empêché l'extension du champ d'application au profit de l'exploitant d'un gîte rural, dès lors que, le gîte se borne à un simple hébergement²⁷¹.

Ensuite, la loi a étendu le champ d'application du régime agricole aux activités connexes ou au service de l'agriculture. Ainsi, l'assujettissement s'applique aux entreprises de travaux agricoles spécialisées dans le traitement chimique à usage agricole²⁷², ou dans le défrichement des terrains en vue de leur mise en culture²⁷³. De même l'assujettissement s'applique aux artisans ruraux²⁷⁴, à condition qu'ils n'emploient pas plus de deux salariés²⁷⁵.

Finalement, la dernière catégorie recouvre les organismes et groupements agricoles pour l'ensemble de leurs activités sans distinction. Plus précisément, cette catégorie englobe les organismes de mutualité et de crédit agricole ; les coopératives agricoles²⁷⁶ ; les syndicats et

²⁶⁹- Cass., Soc., 24 octobre 1968, Delaveau c/ Caisse d'allocations familiales de la région parisienne, Bull. civ. V, n° 458, p. 379 ; 27 mai 1982, CMSA du Finistère et autres c/ Caisse artisanale bretonne d'assurance vieillesse et autre, Bull. Civ. V, n°310, p. 230 ; 27 janvier 1988, Gouazou c/ URSSAF des côtes-du-Nord, Bull. civ. V n°79, p. 53 ; Nello c/ URSSAF des côtes-du-nord, Bull. civ. V, n° 561, p. 362 et 14 juin 1989, CMSA de la Saône-et-Loire c/ Bouthier de la Tour, RJS 8-9/89, n° 727.

²⁷⁰- Soc. 15 avril 1999, RJS 6/99, n° 871.

²⁷¹- Cass., Soc., 21 novembre 1996, CMSA Alpes de haute-Provence, TPS 1997, comm. 25.

²⁷²- Cass., Soc., 1971, Bull. civ. V, n°513, p. 431.

²⁷³- Cass., Soc., 24 mai 1972, Bull. Civ. V, n° 371, p. 340.

²⁷⁴- les artisans ruraux sont les artisans qui consacrent principalement leur activité à une clientèle agricole.

²⁷⁵- Cass., Civ.2^e, 12 octobre 1960, Dr. Soc. 1961. 255, obs. P. Voirin, et 3 juillet 1963, Bull. civ. II, n° 484, p. 361.

²⁷⁶- Cass., Soc., janvier 1988, Ciret c/ URSSAF des Ardennes, Bull. Civ. V, n° 56, p. 38 ; Dalloz 1988, somm. 285, obs. X. Prétot ; 31 mai 1990, Albert c/ URSSAF des Ardennes et autres n° 13 ; Cass. Ass. Plén., 4 juin 1993, RJS 7/93, n° 806 (agriculteur membre d'un conseil d'administration).

groupements professionnels agricoles, et les fédérations départementales de chasseurs²⁷⁷. Plus généralement, elle s'étend à tout groupement, société ou organisme constitué majoritairement de professionnels de l'agriculture et poursuivant un but d'intérêt agricole.

B. La distinction entre le salarié et l'exploitant.

Les assurés du régime agricole peuvent être travailleurs dépendants ou indépendants, ou même relever de catégories intermédiaires inconnues des autres régimes de sécurité sociale²⁷⁸. Alors, pour déterminer le champ d'application du régime agricole, il ne suffit pas de définir la notion d'activité agricole, mais il faut compléter cette définition par la distinction entre les salariés agricoles (1) et les exploitants agricoles (2).

1. L'affiliation des salariés agricoles et assimilés.

Relèveront du régime de protection sociale agricole d'une part et en vertu de l'article L. 722-20, 1° du code rural, les salariés employés dans les entreprises, exploitations et établissements visés par l'article L. 722-1 du code rural (a), et d'autre part, les catégories de salariés liés de façon différente au monde agricole qu'énumèrent les 2° à 8° du même article L. 722-20 (b).

a. Les salariés agricoles.

Deux conditions principales doivent exister afin qu'une personne soit assujettie au régime agricole en tant que salarié agricole. Il faut prouver, d'une part, le caractère agricole de l'activité exercée par l'employeur, et d'autre part, l'existence d'un lien de subordination entre le travailleur et celui-ci.

²⁷⁷- Cass. Soc., 4 mai 1983, Bull. Civ. V., n° 255, p. 159, et 19 novembre 1986, CMSA de la Gironde C/ Fédération départementale de chasseurs de la Gironde et autre, Dalloz, 1987, somm. 159, obs. X. prénot.

²⁷⁸- Code rural, art. L. 722-1 et Sv.

La première condition se base directement sur la notion d'activité agricole abordée ci-dessus. Une fois le caractère agricole de l'activité exercée²⁷⁹ par l'employeur est déterminé, doit être assujettie au régime des salariés agricoles, quelle que soit la nature de son activité, toute personne qui travaille pour le compte de cet employeur. L'assujettissement s'impose aussi pour les moniteurs qui encadrent les travailleurs handicapés dans le cadre d'un centre d'aide par le travail, lorsque celui-ci exerce une activité agricole²⁸⁰. Il s'applique de même aux employés de maison, lorsqu'ils accomplissent leur travail sur le lieu de l'exploitation. En revanche, l'assujettissement au régime des salariés agricoles ne s'applique pas si l'activité de l'entreprise ne ressortit pas elle-même au champ d'application de l'agriculture²⁸¹.

La deuxième condition est identique à celle qui détermine les salariés assujettis au régime général des salariés. Il s'agit de prouver l'existence d'un lien de subordination entre le travailleur et l'exploitation, l'entreprise ou l'organisme au sein duquel il exerce son activité. Alors, l'assujettissement au régime agricole des salariés se base sur la subordination juridique du travailleur à l'égard de l'employeur²⁸².

b. Les travailleurs assimilés au régime des salariés agricoles.

Le champ d'application du régime des salariés agricoles, est étendu par la loi à diverses catégories de travailleurs dépendants ou présumés tels. L'assujettissement s'impose ainsi, en premier lieu, à certains travailleurs qui exercent eux-mêmes une activité agricole, nonobstant la qualité de leur employeur²⁸³. En second lieu, il s'applique à certains travailleurs en raison de la nature de l'activité de leur employeur²⁸⁴. En ce qui concerne l'assujettissement des gérants minoritaires de SARL et dirigeants de sociétés anonymes qui se livrent à une activité agricole, le code rural reprend la règle applicable dans le cadre du régime général. Alors, ils sont impérativement assujettis au régime agricole, sans qu'il y ait lieu de démontrer

²⁷⁹- l'activité agricole exercée peut être une activité agricole par nature ou par assimilation.

²⁸⁰- Cass., Soc., 5 juin 1997, Assoc. Laïque pour l'éducation et la formation professionnelle des adolescents et autres c/ CMAS de la Creuse et autre, TPS 1997, comm. 252.

²⁸¹- Cass., Soc., 19 janvier 1983, Bull. Civ. V, n°20, p. 13.

²⁸²- Cass., Soc., 28 avril 1980, Muller c/ CMSA du Haut-Rhin, Bull. civ. V, n° 362, p. 275 ; et Crim. 18 janvier 1990, Tortay, RJS 5/90, n° 438.

²⁸³- comme les gardes-chasse, gardes-pêche, gardes forestiers et jardiniers.

²⁸⁴- comme les personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles, dirigeants de société ayant une activité agricole.

leur subordination à l'égard de la société. Finalement, il faut ajouter à la liste des assujettis au régime agricole des salariés le métayer qui loue les terres qu'il exploite. Il est assimilé au salarié agricole quand le revenu cadastral des terres qu'il cultive et la valeur du cheptel qu'il possède sont inférieurs à un certain montant.

2. Les exploitants agricoles.

Pour être assujetti au régime des exploitants agricoles, il faut travailler dans les exploitations, entreprises ou établissements énumérés à l'article L. 722-1 du code rural, complété par les articles L. 722-2 pour les entreprises de travaux agricoles et L. 722-3 pour les entreprises de travaux forestiers.

En matière de l'assurance maladie, La couverture des exploitants agricoles a été organisée par la loi n° 61-89 du 25 janvier 1961 instaurant un régime d'assurance maladie obligatoire (AMEXA). Cette loi s'appliquait aux chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles, sous une condition de surface minimale d'installation²⁸⁵. Cependant, depuis le 1^{er} janvier 2014, la gestion de l'AMEXA a été transférée à la mutualité sociale agricole (MSA), qui s'occupe dès lors de leur recouvrement et du paiement de leur cotisation²⁸⁶. Cette décision a permis la simplification des démarches des assurés agricoles.

Deux conditions de caractère général sont ajoutées à celle du seuil prévue par la loi de 1965, pour qu'un assujettissement en qualité d'exploitant agricole se réalise. Premièrement, l'exploitation doit se rapporter à une activité agricole par nature ou par assimilation. Ainsi, les fonctions exercées par le dirigeant d'une société coopérative agricole au sein d'une société à laquelle elle est associée, ne sauraient entraîner l'assujettissement de l'intéressée à ce titre que pour autant que la société ait une activité à caractère agricole²⁸⁷. Deuxièmement, l'assuré doit participer effectivement à l'exploitation. Alors, le propriétaire des terres ne peut pas être assujetti en tant qu'exploitant agricole s'il ne dirige pas lui-même leur mise en valeur. De même, la simple conclusion d'un contrat de vente d'herbe ne saurait donner lieu

²⁸⁵ - Art. L. 312-6, code rural.

²⁸⁶ - V. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

²⁸⁷ - Cass., Soc., 31 octobre 1991, CMSA de la Charente-Maritime c/ Montalembert, RJS 12/91, n° 1375.

davantage à un assujettissement du cédant en qualité d'exploitant agricole²⁸⁸, à moins qu'il ne dirige lui-même l'ensemencement et l'entretien des terres²⁸⁹.

Le champ d'application du régime agricole des exploitants ne se limite pas seulement aux chefs d'exploitation proprement dit, mais il s'étend également aux titulaires d'une pension d'invalidité Amexa ou Aaexa ; aux retraités agricoles ; aux préretraités ; au conjoint du chef d'exploitation exerçant sur l'exploitation, qui a désormais l'obligation d'opter pour le statut de collaborateur. Plus encore, ce champ d'application s'étend, à compter du 1^{er} janvier 2006, au conjoint exerçant une activité professionnelle régulière qui opte pour l'une des qualités suivantes : collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ; salarié de l'exploitation ; chef d'exploitation. Et pour tenir compte de l'évolution du couple dans la société, les options ouvertes au conjoint le sont également aux concubins et aux personnes liées par un pacte civil de solidarité avec le chef d'exploitation. Il s'applique aussi à ceux qui exercent leur activité au sein d'une société, d'un groupement ou d'un organisme à caractère agricole, et qui ne relèvent, à ce titre, du régime des salariés agricoles. En plus il s'applique au gérant majoritaire d'une SARL spécialisée dans l'élevage bovin²⁹⁰ ou de l'associé d'une société qui se consacre à la gestion des exploitations et entreprises agricoles pour le compte de celle-ci.

Paragraphe 2 : Les régimes spéciaux.

Au Liban comme en France, l'existence de régimes spéciaux qui couvrent certaines catégories professionnelles de la population complique le système de protection sociale existant dans le pays, et empêche la réalisation de la politique d'unification prévue, même si après la création de la sécurité sociale, en France et au Liban, l'existence de ces régimes spéciaux était définie comme étant « provisoire » dans les deux pays.

C'est par neuf caisses complètement indépendantes, que le système libanais de protection sociale se constitue²⁹¹. Après la création de la sécurité sociale au Liban, le législateur voulait étendre le champ d'application du système à toute la population. Alors, il a modifié l'article 9

²⁸⁸ - Cass., Soc., 6 décembre 1990, CMSA de la Haute-Marne c/ Baronick et autre, RJS 1/91, n°94.

²⁸⁹ - Cass., Soc., 8 janvier 1981, CMSA de la Haute-Marne c/ Collon, Bull. civ V, n° 6 p. 4.

²⁹⁰ - Cass., Soc., 14 juin 1989, CMSA de la Saône-et-Loire c/ Bouthier de la Tour, RJS 8-9/89, n° 727.

²⁹¹ - v. *Supra*. p. 90.

de la loi relative à la sécurité sociale plusieurs fois pour atteindre l'objectif de généralisation et d'unification. Toutefois, plusieurs catégories professionnelles sont restées hors le champ d'application du système libanais, et elles sont assujetties à des caisses spéciales ou régimes spéciaux.

La coopérative des fonctionnaires de l'État peut être prise comme un exemple des régimes spéciaux au Liban. Cette coopérative couvre jusqu'à présent les fonctionnaires permanents de l'État contre les risques de la maladie, bien que l'article 9 modifié de la loi de sécurité sociale a prévu l'assujettissement de ces fonctionnaires au régime général de l'assurance maladie-maternité. L'assujettissement des fonctionnaires permanents de l'État à la Coopérative en but de couvrir les risques sociaux a été consolidé par le texte de l'article 115 du Décret-loi n° 149 du 16 septembre 1983. Ce texte a exonéré clairement les fonctionnaires de l'État de l'assujettissement à la branche de l'assurance maladie-maternité de la caisse nationale de sécurité sociale. Et par conséquent, il a annulé le caractère « provisoire » des prestations de l'assurance maladie prises en charge par la coopérative des fonctionnaires de l'État qui a déjà été confirmé par l'article 4 de la loi portant sur la création de cette coopérative²⁹². Par l'annulation du caractère « provisoire » de ce régime spécial des fonctionnaires, on peut dire que la politique libanaise d'unification du système de protection sociale a échoué. Dans le but de remédier à cet échec et de rechercher des moyens pour surmonter ces obstacles, il conviendra d'analyser l'expérience française dans ce domaine.

Lors du vote de l'ordonnance de 1945, des dispositifs de couverture sociale étaient déjà organisés dans plusieurs secteurs d'activité. Cette couverture a commencé par la création de pension d'invalidité pour les officiers de marine et marins blessés du XVIIe siècle, et pour tous les marins du commerce et de pêche au début du XVIIIe siècle. À partir de 1790, ce furent les agents de l'État qui eurent droit à des pensions de retraite. Au tout début du XIXe siècle, d'autres dispositifs de retraites vont apparaître, par exemple à la Banque de France en 1806, la Comédie Française en 1812, l'Imprimerie nationale en 1824, puis à l'Armée en 1831 et au crédit foncier en 1860. Cette couverture qui avait un but de faire face aux risques d'invalidité et de retraite, a été aussi orientée vers les risques de la maladie en 1850 quand les Compagnies des chemins de fer du Nord, de l'Est et du Paris-Orléans ont instauré des services de santé pour les cheminots.

²⁹²- Voir décret-loi n° 14273 du 29/10/1963.

La présence des régimes spéciaux est devenue provisoire avec la naissance de la sécurité sociale puisque le but de son organisation est l'unité du système²⁹³. Ce caractère « provisoire » est affirmé par L'article 17 de l'ordonnance de 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale, devenu article L. 711-1 du Code de la sécurité sociale, et l'article 61 du décret du 8 juin 1946. Ainsi, le législateur a maintenu provisoirement ces régimes. Cette idée d'unité affirmée de manière remarquable par Pierre Laroque ne parvint pas à s'imposer²⁹⁴, parce qu'en attendant la mise en place d'un régime unique de sécurité sociale, les régimes spéciaux préexistants se sont consolidés. Cette consolidation est basée sur les pressions exercées par les bénéficiaires de ces régimes à chaque fois que le législateur tente d'y mettre fin. Alors, les régimes spéciaux qui couvrent aujourd'hui plusieurs groupes professionnels (A), risquent toujours un avenir mystérieux (B) face à l'objectif d'unification des régimes de la sécurité sociale.

A. Des régimes basés sur des groupes professionnels variés.

La diversité des régimes spéciaux se présente en raison de la variation des groupes professionnels couverts par ceux-là. Certains bénéficiaires de ces régimes sont fonctionnaires, d'autres sont salariés du secteur public, ou personnels des chambres de commerce et d'industrie, et enfin, des salariés du secteur privé²⁹⁵. Mais, malgré cette variété, les assurés des régimes spéciaux ont en commun de ne pas être indépendants²⁹⁶.

Alors, les régimes spéciaux s'adressent à certaines catégories de salariés et, plus largement, à des travailleurs dépendants²⁹⁷. Plus précisément, l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « *restent soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, si leur ressortissants jouissent déjà d'un régime spécial au titre de l'une ou de plusieurs des législations de sécurité sociale : les administrations, services, offices, établissements publics de l'État, les établissements industriels de l'État, et l'Imprimerie nationale, les*

²⁹³- Le législateur avait décidé en 1945, dans un souci d'égalité, de placer la population – les « assurés sociaux »- dans un cadre identique et de la soumettre à un même régime. Les activités agricoles et forestières demeuraient quant à elles dotées de façon définitive d'une organisation spécifique, tandis que le reste de la population active devait être intégré dans un même régime. TAURAN Thierry, *Op. Cit.*, Paris, 2000, p.9.

²⁹⁴- TAURAN Thierry, *Ibid*, p.14.

²⁹⁵- KESSLER Francis, *Op.cit.*, Paris 2000, p. 68.

²⁹⁶- BADEL Maryse, *Op.cit*, Paris, 2007, p. 340.

²⁹⁷- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, paris, 2005, p. 491.

fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'État, les régions, les départements et communes, les établissements publics départementaux et communes n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ; les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié, les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides et gazeux, la société nationale de chemin de fer français, les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt général local et les tramway, les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz, la Banque de France, le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie française »²⁹⁸.

Cette liste des groupes professionnels assez variée explique l'existence de 120 régimes spéciaux en France. Mais, 105 de ces régimes n'accueillent plus depuis fort longtemps aucun cotisant ; ils servent les droits acquis à pension uniquement aux anciens cotisants. Ainsi, il ne reste effectivement que 15 régimes spéciaux en plein fonctionnement et qui sont mentionnés dans l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

Pour caractériser ces régimes spéciaux, on peut se baser sur la définition donnée par TAURAN Thierry : *« ce sont des dispositifs de prise en charge contre certains risques, surtout la vieillesse, applicables aux travailleurs dépendants qui ne relèvent pas de l'agriculture, et qui accordent des avantages que l'on ne retrouve pas dans le régime général du fait de contraintes auxquelles les travailleurs de ces professions ont été exposés au cours de leur histoire »*²⁹⁹. De par cet extrait on peut dire que les régimes spéciaux ne prennent en charge que certains risques. Se pose ainsi les questions suivantes : quels sont les risques pris en charge ? Et quelle est la place de l'assurance maladie dans ces régimes ?

Normalement, on peut classifier les régimes spéciaux selon plusieurs critères : en fonction de l'employeur, des risques couverts ou de l'organisation et du type de financement. Bien que dans cette thèse, on analyse l'assurance maladie-maternité obligatoire, on va s'intéresser à la classification en fonction des risques couverts. Selon cette classification, les régimes spéciaux

²⁹⁸ - BIRIEN Micheline, « les régimes spéciaux de sécurité sociale », RFAS 1971, p. 175.

²⁹⁹ - TAURAN Thierry, *Op. Cit.*, p.5.

peuvent se répartir en deux groupes ayant en commun l'obligation d'assurer à leurs bénéficiaires une protection comparable à celle offerte par le régime général³⁰⁰:

- Les régimes qui concernent le seul risque vieillesse : les fonctionnaires civils et militaires de l'État, les ouvriers de l'État, la CNRACL, EDF-GDF, Opéra de Paris, Comédie française, agents de la CANSSM. Dans ces cas, les personnels sont rattachés, quant aux autres risques, au régime général³⁰¹. Ce rattachement ne concerne, le plus souvent, que le service des prestations en nature de l'assurance maladie, voire accidents du travail.
- Les régimes qui comportent en plus d'autres risques notamment la maladie et les accidents du travail : SNCF, RATP³⁰², Banque de France, Régime minier, CRPCEN, marins, et cultes³⁰³.

En se basant sur cette classification, on remarque que les régimes qui couvrent le seul risque de vieillesse sont les plus nombreux. C'est pour cela qu'on entend généralement par régimes spéciaux : « les régimes de retraite ».

En revanche, certains auteurs³⁰⁴ annoncent parfois deux autres régimes spéciaux couvrant uniquement le risque de maladie :

- La caisse nationale militaire de sécurité sociale ;
- Le régime complémentaire d'assurance maladie du personnel d'EDF-GDF.

À cet égard, il faut préciser que la caisse militaire ne fait que gérer le régime général ; ce n'est donc pas un régime spécial mais une organisation spécifique. Et pour EDF-GDF, c'est un régime complémentaire obligatoire, cofinancé par l'employeur et le salarié, qui s'ajoute au régime général maladie pour constituer un régime plus avantageux géré par une organisation mutualiste propre aux professions concernées.

³⁰⁰- CSS, art. 711-7 qui oblige les régimes spéciaux à assurer à leurs ressortissants « pour l'ensemble des prestations de chaque risque, des prestations équivalentes aux prestations du régime général ».

³⁰¹- V. CSS art. L. 711-1.

³⁰²- D. n° 2004-174, 23 février 2004, JO 24 février 2004, p. 3667.

³⁰³- l'article 71 la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

³⁰⁴- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, et autres.

B. Un avenir mystérieux.

En plus du but d'unifier les régimes de sécurité sociale, la complexité structurelle des régimes spéciaux, qui présente l'argument majeur en faveur d'une réforme, pose toujours la question de savoir quel peut être l'avenir de ces régimes.

On a vu que l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale précise de manière expresse que les régimes spéciaux sont maintenus « provisoirement ». Cependant, cette disposition qui figure dans la loi depuis plus de soixante ans n'a jamais été appliquée. Le code précise que la transformation d'un régime spécial ne doit, en aucun cas, aboutir à la suppression des avantages de même nature prévus par le régime en faveur de la catégorie intéressée. De plus, l'affiliation d'un salarié au régime général ne peut pas conduire à la réduction ou à la perte des prestations de nature similaire déjà accordées en vertu d'un contrat de travail ou d'un régime particulier. En revanche, la volonté de réformer les régimes spéciaux est présentée comme une nécessité afin d'instaurer davantage d'égalité entre les bénéficiaires de prestation. D'où la question : comment peut-on supprimer les régimes spéciaux et instaurer une égalité entre les bénéficiaires du système de sécurité sociale sans réduire ou supprimer les avantages déjà accordés aux personnes assurées par ces régimes ?

L'hypothèse la plus réaliste est celle d'un alignement des régimes spéciaux sur le régime général, qui constitue le régime de référence, bien plus qu'une suppression radicale de ces régimes. Cet alignement peut être réalisé par deux méthodes exposées par Thierry TAURAN.

Selon la première méthode, « *lorsque la suppression d'un régime spécial est décidée par les pouvoirs publics, celle-ci ne peut intervenir que sous la forme d'une mise en extinction* »³⁰⁵. Cette solution signifie que les personnes qui seront recrutées dans l'entreprise ou l'activité seront immatriculées au régime général de la sécurité sociale et non au régime spécial. Ces nouveaux travailleurs ne pourront en principe se prévaloir des avantages dont bénéficiaient les salariés qu'ils sont venus remplacer. Les anciens salariés, devenus retraités, continuent de relever du régime spécial : celui-ci continuera de fonctionner, pendant quelques décennies, jusqu'à ce que le dernier de ces retraités décède. Cependant, en plus du fait que la mise en

³⁰⁵ - Thierry Tauran, *Op. Cit.*, Paris, 2000, p.82.

extinction d'un régime prend du temps, cette solution ne peut fonctionner actuellement que pour les « petits » régimes spéciaux, car les régimes les plus importants ont concrètement les moyens d'y faire obstacle dans le cadre de grèves³⁰⁶.

La deuxième méthode propose que : « *pour les travailleurs encore en activité au moment de la mise en extinction, il est possible aussi de prévoir leur affiliation au régime général de la sécurité sociale, et la transformation du régime spécial en régime complémentaire pour les avantages qui ne sont pas prévus par le régime général* »³⁰⁷. Le principe de cette solution a été appliqué depuis longtemps et notamment en 1945 quand les auteurs du plan français de sécurité sociale avaient pensé à la mettre en œuvre.

En fait, certains régimes ont été absorbés par le régime général³⁰⁸. Tel est le cas du régime de la Compagnie générale des eaux mis en extinction au 1^{er} janvier 1991, et le régime de sécurité sociale des mines qui a été mis en extinction au 1^{er} septembre 2010 par le décret 2010-975 du 27 août 2010.

Finalement, il faut noter que la réforme des régimes spéciaux en matière d'assurance maladie est moins sensible qu'en matière de retraite, parce que ce sont les retraites qui constituent le noyau dur des régimes spéciaux bien avant l'assurance maladie. En plus, plusieurs régimes spéciaux offrent les mêmes prestations en matière d'assurance maladie, surtout les prestations en nature, qui sont offertes par le régime général.

Paragraphe 3 : Le régime social des indépendants.

C'est par la troisième étape de l'application de loi relative à la sécurité sociale, que le législateur libanais voulait étendre le champ de la sécurité sociale pour couvrir les travailleurs indépendants. Mais cette étape n'a jamais été appliquée, et plus encore, aucune étude n'a été faite en but de l'appliquer.

En France, et lors de l'institution de la sécurité sociale en 1945, le législateur a voulu appliquer le principe d'universalité. L'objectif était d'étendre le champ d'application du

³⁰⁶ - la création et le maintien des régimes spéciaux sont historiquement le fruit de grèves et plus globalement de luttes menées contre les employeurs et les pouvoirs publics.

³⁰⁷ - Thierry Tauran, *Op. Cit.*, Paris, 2000, p.83.

³⁰⁸ - LABORDE Jean-Pierre, *Op. Cit.*, Paris, 2005, p. 67.

régime général à l'ensemble des actifs, bien qu'il s'adresse originellement aux seuls salariés. Mais, les professions non salariées ou indépendantes ont fortement résisté à cette intégration. Suite à cette résistance, une hypothèse s'est mise en place et elle se résume par ce qui suit : « *si protection sociale il devait y avoir pour les travailleurs indépendants, elle ne pouvait se faire qu'au sein d'institutions qui leur soient propres et qui tiennent compte des spécificités de leurs activités et de leurs entreprises* »³⁰⁹. Alors, des régimes distincts du régime général appelés « régimes autonomes »³¹⁰ naissent. Ces régimes couvrent un ensemble de professions ou d'activités non-salariés ou indépendants. De même que les régimes spéciaux, ces régimes autonomes ont été organisés d'abord dans le domaine des retraites, et plus tard dans le domaine d'assurance maladie. La structure de ces régimes était compliquée du fait de l'existence de plusieurs régimes qui se distinguent, d'une part, par les risques couverts par chaque régime³¹¹, et d'autre part, par la nature de l'activité exercée³¹².

Vu la complexité de la structure gestionnaire des régimes autonomes, et sous le signe d'une unification intervenue récemment, ces régimes sont désormais presque³¹³ entièrement regroupés au sein du nouveau « Régime social des indépendants » qui a été mis en place par l'ordonnance de 8 décembre 2005³¹⁴.

Le champ d'application du régime social des indépendants en matière d'assurance maladie-maternité est défini clairement par l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale (A). Toutefois, la difficulté se présente dans la modalité de traitement de l'affiliation des

³⁰⁹- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, Paris, 2011, p. 929.

³¹⁰- Appelés aussi, régimes non-non (non-salariés et non agricoles), ou régimes ni-ni, ou aussi régimes des indépendants.

³¹¹- Ici on différencie entre les caisses d'assurance vieillesse, invalidité et décès d'un côté et les caisses d'assurance maladie-maternité d'une autre côté.

³¹²- Là aussi en différencie, premièrement en matière de vieillesse, entre la caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA), la caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) qui couvre le risque de retraite, et la caisse nationale pour l'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL). Deuxièmement, en matière d'assurance maladie, il s'agit des « caisses mutuelles régionales » communes à l'ensemble des indépendants intervenaient au niveau local, mais en déléguant nombre de compétences de gestion à des organismes conventionnés. Ces organismes peuvent être des mutuelles ou sociétés d'assurances choisies librement par les assurés sociaux. Toutefois, l'ensemble de ces caisses était couvert par une caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés (CANAM).

³¹³- Avec l'existence toujours d'une organisation spécifique pour la retraite de professions libérales.

³¹⁴- Ordonnance n° 2005-1528, 8 décembre 2005 ; décret n° 2006-83, 27 janvier 2006 ; décret n° 2006-375, 29 mars 2006.

personnes qui exercent simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des non-salariés non agricoles (B).

A. Le champ d'application du RSI.

Conformément à l'article L. 613-1 du Code de la sécurité sociale, ce sont obligatoirement affiliés³¹⁵ au régime d'assurance maladie-maternité du régime sociale des indépendants:

- Les travailleurs non-salariés relevant de l'un des groupes suivants : artisans, industriels et commerçants, y compris les débitants de tabacs, le groupes des professions libérales y compris les avocats non-salariés ;
- Les personnes ayant exercé l'une des professions visées ci-dessus et qui sont retraitées ou pensionnées d'invalidité au titre de l'une de ces professions ;
- Les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion ou d'une allocation ou pension de veuve. Toutefois l'âge d'affiliation au régime d'assurance maladie maternité est fixé à 55 ans³¹⁶
- Les conjoints associés qui participent à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale, sauf s'ils relèvent du régime général des salariés en application des articles L. 311-3, alinéa 11 du code de la sécurité sociale³¹⁷ ou L. 311-2 du même Code³¹⁸ ;
- Les associés uniques des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée (EURL), qu'ils soient ou non gérants de l'entreprise.

³¹⁵- Cette obligation d'affiliation, si elle n'est pas suivit d'effet, peut conduire, pour un professionnel relevant du régime, à une affiliation d'office ; v. Civ 2^e, 28 juillet 2010, RJS, 11/10, n° 885 ; les dispositions de l'art. L. 131-6 CSS qui soumettent à cotisation les revenus d'activité des professions indépendantes ont été jugées conformes au principe d'égalité devant la loi et les charges publique ainsi qu'aux autres droits et libertés garantis par la Constitution : Cons. Const. Décision n° 2010-24 QPC du 6 août 2010, Ass. nat. Des sociétés d'exercice libéral, RJS, 12/10, n° 988.

³¹⁶- C. Séc. Soc., art. R. 615-1.

³¹⁷- Comme les gérants minoritaires de SARL.

³¹⁸- le cas de l'exercice d'une activité assimilable à du salariat.

Outre la liste de l'article L. 613-1, et par des dispositions particulières³¹⁹, sont affiliés obligatoirement au régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés :

- Dans les SARL ou les SELARL (société d'exercice libéral à responsabilité limitée) : les gérants majoritaires ou appartenant à un collège majoritaire de gérance. Le caractère majoritaire de la gérance s'apprécie en tenant compte des parts détenues personnellement par l'intéressé et de celles détenues en toute propriété ou en usufruit par son conjoint et ses enfants mineurs non émancipés ; les associés gérants de fait ; les associés non gérants travaillant dans la société sans lien de subordination. Les associés majoritaires non gérants d'une SARL dont l'activité est industrielle ou commerciale et qui exercent une activité rémunérée au sein de l'entreprise sont rattachés expressément au régime des industriels et commerçants dès lors qu'ils ne sont pas assimilés aux salariés pour l'application de la législation de la sécurité sociale³²⁰;
- Dans les sociétés en nom collectif : les associés gérants ou non ;
- Dans les sociétés en commandite simple : les associés commandités ainsi que les gérants commandités (les gérants non associés rémunérés relèvent du régime général) ; les commandités des sociétés d'exercice libéral en commandite par action ;
- Dans les EURL : l'associé unique, gérant ou non ; le gérant non associé, conjoint de l'associé unique.

B. Les cas de pluri-activités.

Il n'est rare qu'un travailleur relevant du régime social des indépendants soit pluriactif et relève, pour l'autre activité exercée d'un autre régime. Les personnes qui exercent simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des non-salariés non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent

³¹⁹ - ZAQUIN Samuel, *La protection sociale des non-salariés*, édit. LIAISONS, Rueil-Malmaison, 1998, p. 30.

³²⁰ - C. Séc. Soc., art. D. 632-1.

ces activités. Toutefois, le droit aux prestations n'est ouvert que dans le régime dont relève leur activité principale³²¹. On distingue trois cas différents :

Activités non salariées et salariées non agricole : l'assuré qui exerce simultanément, au cours d'une année civile, une ou plusieurs activités non salariées (agricoles ou non), et une ou plusieurs activités salariées (non agricoles), est présumé exercer à titre principal une activité non salariée. Toutefois, l'activité salariée est réputée avoir été son activité principale si l'intéressé a accompli au cours de l'année de référence au moins 1200 heures de travail salarié ou assimilé lui ayant procuré un revenu³²² au moins égal à celui qu'il a retiré de ses activités non salariées³²³.

Activités non salariées non agricoles et agricoles : est réputée exercer, à titre principal, une activité entraînant l'affiliation au régime de l'assurance maladie-maternité des exploitants agricoles, la personne qui, outre cette activité, exerce simultanément, au cours d'une année civile, une ou plusieurs activités entraînant affiliation au régime d'assurance maladie-maternité des non-salariés non agricoles, lorsque le revenu qu'elle tire de son activité agricole constitue plus de la moitié du total des revenus provenant de l'exercice des activités mentionnées ci-dessus³²⁴.

Les personnes qui exercent à la fois une activité non salariée non agricole et une activité non salariée agricole, et dont tous les revenus sont soumis à un régime réel ou forfaitaire d'imposition fiscale, relèvent du seul régime de protection sociale de leur activité principale et cotisent à ce régime sur l'ensemble de leurs revenus³²⁵. Cette disposition s'applique dans les conditions suivantes :

- Si l'activité principale est non salariée agricole, les intéressés sont affiliés et cotisent auprès du seul régime des non-salariés agricoles dès lors que les recettes provenant de l'activité accessoire non salariée non agricole n'excèdent pas 10 % du montant total des recettes des intéressés et que l'ensemble de leurs revenus est imposé dans la catégorie des bénéficiaires agricoles ;

³²¹ - C. Séc. Soc., art. L. 613-4.

³²² - les revenus à comparer sont les revenus nets imposables figurant sur la déclaration fiscale souscrite au titre de l'année précédente.

³²³ - C. Séc. Soc., art. R. 615-3.

³²⁴ - C. Séc. Soc., art. R. 615-2.

³²⁵ - Loi du 23 janvier 1990, art. 69 ; décret du 4 juillet 1991.

- Si l'activité principale est non salariée non agricole, les intéressés sont affiliés et cotisent au seul régime de protection sociale des non-salariés non agricoles dès lors que l'ensemble de leurs revenus est imposé dans la catégorie des BIC au titre de l'article 155 du Code général des impôts³²⁶.

Exercice de plusieurs activités non salariées non agricoles : En cas de cumul de plusieurs activités non salariées non agricoles relevant de groupes différents (artisans, industriels et commerçants, professions libérales), l'affiliation se fait à l'organisation dont relève son activité principal.

³²⁶- ZAQUIN Samuel, *Op. Cit.*, 1998, p. 32.

Chapitre 2 : Dans la perspective d'une couverture complète et uniforme à toute la population.

En principe, l'assurance maladie-maternité est une assurance sociale. Ainsi, son but est d'assurer une couverture complète des risques de la santé qui supprime l'une des ressources fondamentales de l'insécurité pesant sur chaque individu de la société. Pour cela, la couverture garantie par cette branche permet, non seulement aux assurés d'accéder aux soins et de faire face aux dépenses médicales et paramédicales, mais elle indemnise aussi la perte de leurs revenus survenant suite à une interruption du travail à cause d'une maladie ou d'une maternité.

Cependant, une telle couverture complète n'a pas été mise en vigueur au Liban. Seuls les frais de soins sont pris en charge par la branche d'assurance maladie-maternité. En revanche, cette même branche en France fournit aux assurés de la sécurité sociale une couverture complète³²⁷ qui se traduit par le versement des prestations en nature (section 1) et des prestations en espèce (section 2).

Section 1 : Les prestations en nature.

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité ont pour but de couvrir les frais de soins nécessaires en cette matière. Ainsi, le droit fondamental à la santé ne peut pas se réaliser qu'à partir de ces prestations.

Les deux lois, française et libanaise, relatives à la sécurité sociale assurent aux bénéficiaires de la branche d'assurance maladie-maternité, des prestations en nature capables de couvrir les charges résultantes des risques sanitaires. Néanmoins, l'existence de plusieurs Caisses au Liban, autre que la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale, qui versent ces prestations à des catégories différentes de la population libanaise, favorise l'inégalité entre les libanais en matière de sécurité sociale. Cette situation d'inégalité a été quasiment réglée en France avec l'harmonisation des prestations en nature assurées par les différents régimes avec

³²⁷- V. Chauchard j-p , *Droit de la sécurité sociale*, LGDJ, 5e édit. 2010 n° 490 ; v aussi, F. NETTER, *La sécurité sociale et ses principes*, Dalloz, 2005, p. 76 et sv. (Publié pour la première fois en 1959 par les éditions Sirey).

celles versées par le régime général³²⁸. En effet, en vertu de l'article R. 711-17, même les régimes spéciaux doivent assurer à leurs bénéficiaires, pour l'ensemble des prestations de chaque risque, des prestations équivalentes à celles du régime général³²⁹. Cependant, certains régimes spéciaux offrent des prestations en nature différentes à leurs bénéficiaires en appliquant la gratuité des soins. Alors, afin d'organiser l'assurance maladie-maternité obligatoire au Liban, il semble nécessaire, à défaut d'unifier les Caisses existantes, d'harmoniser les prestations en nature versées par les différentes Caisses avec celles assurées par la CNSS. Cependant, cette politique doit être précédée par quelques modifications amélioratrices des prestations en nature délivrées par la branche d'assurance maladie-maternité au Liban. Cela peut se réaliser en se basant sur les textes français qui organisent les prestations en nature du régime général, tant dans le domaine de la détermination des ayants droit de ces prestations (paragraphe 1) que dans de l'étendue de leur couverture (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les ayants droit³³⁰.

L'une des spécificités de l'assurance maladie-maternité obligatoire est que le droit aux prestations en nature de cette branche ne concerne pas seulement les assurés, mais aussi les personnes qui ont la qualité d'ayant droit³³¹. Cette qualité est reconnue à certains membres

³²⁸ - Les travailleurs indépendants avaient à l'origine choisi de rester hors du Régime général et de mettre en place leur propre régime, avec des cotisations plus faibles et moins de prestations. Bien que les taux de cotisation restent inférieurs, les prestations en nature ont été progressivement ajustées et sont aujourd'hui équivalentes à celles qui sont offertes aux salariés. Depuis le 1^{er} janvier 2001, les taux de remboursement sont alignés sur ceux du régime général des salariés. De même Les travailleurs agricoles et leurs ayants droit bénéficient des mêmes prestations pour la couverture maladie-maternité que les personnes protégées par le Régime général. V. ADECRI, « La protection sociale en France », 2008, p. 23. Disponible en ligne sur : <http://www.adecri.org/> (Consulter le 12-2-2013).

³²⁹ - Toutefois, le Conseil d'État estime que « le principe d'égalité devant les charge publiques » ne s'oppose pas à ce que des personnes affiliées à des régimes de sécurité sociale différents soient soumises à des règles différentes. V. CE, 6 septembre 2006, JCP A , 2006 , n° 1224.

³³⁰ - Tout d'abord, il faut noter que de la notion d' « ayant droit » se trouve dans le régime général comme dans tout les autres régimes obligatoires étudiés dans le chapitre précédent. Par conséquent les personnes bénéficient à ce titre de l'assurance maladie-maternité obligatoire sont les même pour le régime général que pour tout les autres régimes obligatoires. (Régime agricole ; Régimes spéciaux ; et Régime sociale des indépendants).

³³¹ - Le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie, qu'il soit reconnu à un assuré social ou à un ayant droit, est systématiquement associé au bénéfice des prestations en nature de l'assurance maternité. Ces

de la famille de l'assuré ou certaines personnes de son entourage, lorsqu'elles vivent dans le foyer de l'assuré et à sa charge.

Le code français de la sécurité sociale détermine les membres de la famille qui ont la qualité d'ayant droit par son article L. 313-3. Il s'agit du conjoint de l'assuré; de ses enfants ou de ceux de son conjoint ; et finalement, l'ascendant, le descendant, le collatéral ou l'allié jusqu'au troisième degré³³². L'article L. 161-14 du code précité reconnaît également la qualité d'ayant droit à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité ; la personne qui vit maritalement avec l'assuré ; et celle qui vit depuis une certaine durée avec ce dernier.

De même, la loi libanaise relative à la sécurité sociale a clairement indiqué par le paragraphe 1 de l'article 14 que « *la branche d'assurance maladie-maternité couvre les personnes assurées et leurs membres de la famille* »³³³. Par le deuxième paragraphe du même article, le législateur a déterminé les membres de la famille qui ont la qualité d'ayant droit par la mère et le père de l'assuré, son conjoint, et ses enfants.

En effet, le législateur français est allé plus loin que le libanais en déterminant les personnes ayant droit aux prestations en nature de la branche maladie-maternité. Toutefois la question qui se pose est de savoir s'il est possible dans un pays comme le Liban de suivre la législation française en cette matière. Pour répondre à cette question, il faut analyser chaque catégorie de personnes qui ont la qualité d'ayant droit suivant la loi française et trouver leur situation en vigueur des textes libanais.

deux assurances sont indissociablement liées et constituent la couverture sociale de base des régimes obligatoires.

³³²- Dans le droit successoral, le degré mesure la proximité de parenté qui s'établit par le nombre de générations existant entre deux personnes. Chaque génération s'appelle un degré. En ligne directe, on compte autant de degrés qu'il y a de générations entre les personnes : ainsi, le fils est, à l'égard du père, au premier degré, le petit-fils au second ; et réciproquement du père et de l'aïeul à l'égard des fils et filles et petits-fils ou des petites filles. En ligne collatérale, les degrés se comptent par génération, depuis l'un des parents jusque et non compris l'auteur commun, et depuis celui-ci jusqu'à l'autre parent. Ainsi, deux frères sont au deuxième degré ; l'oncle et le neveu sont au troisième degré ; les cousins germains au quatrième ; ainsi de suite. V. BRAUDO Serge, *Dictionnaire du Droit privé*, 1996-2013. Disponible en ligne sur : www.dictionnaire-juridique.com. (Consulter le 18-02-2013).

³³³- Ce texte a été ajouté à l'article 14 par la loi n° 483 datée le 12-12-2002.

A. Le conjoint de l'assuré.

Deux principes d'égalité se présentent en étudiant la qualité d'ayant droit du conjoint de l'assuré. Premièrement, dans le cas où les personnes assurées sont de sexes différents, c'est le principe d'égalité entre les hommes et les femmes qui entre en jeu. Deuxièmement, si la personne assurée est polygame, c'est le principe d'égalité entre les épouses légitimes qui doit être étudié.

1. L'égalité entre les hommes et les femmes.

Selon l'article L. 313-3, 1° du code français de la sécurité sociale, est considéré notamment comme ayant droit, à titre de conjoint, l'époux ou l'épouse légitime. Dans cet article, on note que le législateur français a appliqué le principe d'égalité entre les hommes et les femmes puisqu'il ne distingue pas entre eux. Toutefois, le législateur libanais n'a pas appliqué ce principe puisqu'il distingue entre l'époux et l'épouse de la personne assurée. Cela apparaît clairement dans les textes libanais, et surtout par le deuxième paragraphe de l'article 14 de la loi relative à la sécurité sociale, bien que le premier paragraphe du même article stipule que « *l'assurance maladie-maternité couvre les personnes assurées et les membres de leur familles, et on entend par le terme « assuré » figurant dans cet article, l'assuré et l'assurée à égalité et sans discrimination* »³³⁴. Ainsi, la différence entre l'épouse et l'époux résulte du fait que ce dernier n'aura pas la qualité d'ayant droit sauf s'il remplit l'une des deux conditions prévues par la loi et précisées par le deuxième paragraphe de son article 14. Premièrement, le législateur pose une condition d'âge. En fait, l'époux doit avoir au moins soixante ans pour bénéficier au nom de son épouse assurée des prestations de l'assurance maladie. Deuxièmement, la loi attribue la qualité d'ayant droit à l'époux ayant moins de soixante ans, si ce dernier a un handicap physique ou mental qui l'empêche de gagner sa vie.

Cette inégalité est considérée normale au sein de cet environnement social en se basant sur le concept que l'homme doit être le responsable financier de sa famille³³⁵. Ainsi, il doit prendre à sa charge les dépenses de sa femme, ainsi que ceux de ses enfants incapables d'assurer leur propre revenu. Toutefois, il ne faut pas ignorer que l'époux de la femme assurée est, avant

³³⁴ - Tel que modifié par la loi n° 483 du 12-12-2002.

³³⁵ - CHOUFANI Najj, *Op. Cit.*, Tome 2, P : 95.

tout, une personne qui a le droit à la sécurité sociale et à la santé en se basant sur les conventions internationales. Alors, en absence d'une couverture maladie universelle au Liban qui couvre les risques sanitaires de toute la population, se révèle la nécessité de refuser cette discrimination.

2. L'égalité entre les épouses légitimes.

En France comme au Liban, le législateur a bien précisé que seul le conjoint « *légitime* » peut avoir la qualité d'ayant droit. Mais la question qui se pose étant : que peut-on faire en cas de polygamie³³⁶ quand toutes les épouses de l'assuré sont légitimes ? En effet, avant 1993, la jurisprudence française avait légalisé la polygamie chez les musulmans, alors que l'assurance maladie-maternité ne prenait en charge que l'une des épouses en qualité de conjointe ayant droit. Ainsi, la seconde épouse ne peut pas bénéficier en tant qu'ayant droit, au nom de son mari, des prestations des assurances maladie si ces prestations sont déjà attribuées à ce titre à une autre femme. Seule l'épouse au nom de laquelle la première demande de bénéfice a été faite peut avoir droit aux prestations sociales³³⁷. De même, le législateur libanais a indiqué que dans un cas pareil, c'est « *la première* » épouse qui peut bénéficier des prestations d'assurance maladie-maternité comme ayant droit de son mari³³⁸. Pour déterminer cette épouse, le législateur ne s'est pas basé sur la date de mariage, puisque celui-ci n'a aucun sens en matière de sécurité sociale³³⁹ ; mais sur la date de demande des prestations comme la jurisprudence française.

Depuis 1993, la situation en France a changé. En fait, la loi Pasqua du 24 août 1993, interdit la délivrance de titre de séjour aux étrangers en situation de polygamie. Ainsi, elle force les épouses secondaires à choisir entre l'irrégularité du séjour et le divorce accompagné de décohabitation³⁴⁰. Cette loi n'a pas affecté négativement le droit à la sécurité sociale en

³³⁶- V. sur la polygamie en matière de sécurité sociale : TOULLIER Adeline, « les tergiversations du droit de la protection sociale face à la polygamie », Revue Dr. Soc., n° 3, mars 2007.

³³⁷- Avis, C.E 3 avril 1951 ; Cass. Soc. 1er mars 1973, Rev. Crit., note P. Graulich ; Clunet, 1974.834, note de la Pradelle.

³³⁸- l'article 14 de la loi relative à la sécurité sociale, paragraphe 2, alinéa B.

³³⁹- SALAMEH Rafic, Op. Cit., p. 135.

³⁴⁰- Le Monde, « Divorcer ou vivre sans papiers : le dilemme des femmes de polygames », [Le Monde](#), 9 février 2002. v aussi sur le sujet de polygamie en France : IMLOUL Sonia, « La polygamie en France : une fatalité ? », Novembre 2009. Disponible en ligne sur : www.institutmontaigne.org. (Consulté le 19-2-2013) ; Ministère de

matière d'assurance maladie-maternité. En effet, en cas de décohabitation, il convient d'aider l'épouse et ses enfants décohabitants à obtenir sans tarder une couverture maladie autonome en ayant recours, si nécessaire, au dispositif de la CMU. Encore une fois, c'est grâce à l'existence d'une couverture maladie universelle que cette nouvelle problématique de polygamie a été réglée en France. Mais le cas est différent dans un pays qui légalise la polygamie comme le Liban et qui n'offre pas, par son système de sécurité sociale, une couverture maladie universelle. Dans ce cadre, on peut évoquer l'inégalité entre les épouses légitimes. Pour faire face à cette situation, deux solutions peuvent être adoptées. La première consiste à couvrir toutes les épouses légitimes de l'assuré, en les considérant comme ayant droit de leur mari. La deuxième se base sur l'application de la couverture maladie universelle au Liban qui est capable d'assurer la santé de toute la population sans discrimination entre les individus.

B. Les enfants de l'assuré.

Le législateur français a déterminé, aux termes de l'article L. 313-3, 2° et 3° du code de la sécurité sociale, les enfants qui ont la qualité d'ayant droit sous condition d'un âge limite, par :

- Les enfants non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;
- Les enfants placés en apprentissage ;
- Les enfants qui poursuivent leurs études ;
- Les enfants qui, par suite d'infirmité ou de maladie chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Généralement, ces enfants sont considérés comme étant à la charge de leur parent et donc ayant droit des prestations en nature de l'assurance maladie depuis la naissance jusqu'à l'âge

l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, « Pour sortir de la polygamie », 2002. Disponible en ligne sur : www.social.gouv.fr. (Consulté le 9-12-2013).

limite de 16 ans³⁴¹. Toutefois, la limite d'âge peut être prolongée dans quelques situations précises à :

- 18 ans pour les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par les articles L. 6221-1 et suivants du code du travail ;
- 20 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études ;
- 20 ans pour les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.³⁴²
- 20 ans pour les enfants qui vivent avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente.
- 21 ans pour les enfants inscrites dans un établissement d'enseignement et ne pas bénéficier à titre personnel d'un régime de protection sociale, à condition d'avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie. Le rattachement aux parents est possible jusqu'à la fin de l'année scolaire³⁴³ au cours de laquelle le jeune a 21 ans³⁴⁴.

De même, la loi libanaise relative à la sécurité sociale a attribué la qualité d'ayant droit, par l'alinéa « d » de son article 14, aux « *enfants légitimes ou adoptés de l'assuré* », en respectant une limite d'âge bien déterminée. Toutefois, la détermination de ces enfants se différencie avec la loi française tant par la limitation de l'âge (1) que par le caractère légitime des enfants (2).

1. La condition de l'âge limite.

Lors de la création de la sécurité sociale au Liban en 1963, le législateur a limité l'âge de l'enfant ayant droit à 16 ans par l'alinéa « d » de l'article 14 de la loi de 1963, conformément à la loi française. En outre, il a prolongé la limite d'âge jusqu'à 25 ans pour les enfants poursuivant leurs études ou ayant eu un handicap physique ou mental avant l'âge de 16 ans.

³⁴¹- Code de la sécurité sociale, art. R. 313-12, 1^{er} alinéa.

³⁴²- Code de la sécurité sociale, art. R. 313-12, 2^e et 3^e alinéa.

³⁴³- L'année scolaire est réputée commencer le 1^{er} octobre et s'achever le 30 septembre suivant.

³⁴⁴- Code de la sécurité sociale, art. R. 313-12, 4^e alinéa et art. R. 313-14.

Toutefois, le texte de l'alinéa « d » de l'article précité a été annulé et remplacé par un nouveau texte suivant l'alinéa « a » de l'article 80 de la loi n° 220 datée le 29-5-2000. Dorénavant, la limite d'âge a été précisée, par le nouveau texte, à 18 ans, en conservant la même limite d'âge pour les enfants qui poursuivent leurs études et en éliminant l'âge limite pour les enfants handicapés. Cette modification était tirée de la convention de New-York sur les droits de l'enfant, reconnaissant à tout enfant mineur le droit de bénéficier de la sécurité sociale jusqu'à l'âge de 18 ans. Depuis cette Convention, l'âge limite de 16 ans visé par l'article R. 313-12 du Code français de la sécurité sociale semble avoir été remis en cause par l'application directe en droit interne des traités internationaux³⁴⁵. À cet égard, la France, qui a ratifiée la Convention le 2 juillet 1990, a estimé que les dispositions de l'article 4 de la Convention de New-York, qui consacrent le droit de tout enfant à la sécurité sociale, ne créent d'obligations qu'à la charge des États parties et ne sauraient donc être directement invoquées devant les juridictions nationales³⁴⁶. Mais, on peut dire que l'inapplication de cette Convention a été remplacée en France par l'attribution de la qualité d'ayant droit aux enfants jusqu'à l'âge de 20 ans à condition qu'ils vivent avec l'assuré depuis 12 mois au moins et qu'ils soient à sa charge effective, totale et permanente.

2. Le caractère légitime des enfants.

Une autre différence se manifeste entre les textes français et libanais en matière de la détermination des enfants ayants droit. Cette fois, l'écart existant entre les deux lois résulte de la divergence de mentalité législative des deux pays. La France a considéré comme ayant droit tous les enfants qui sont à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptés ou recueillis. Cependant, le législateur libanais a limité l'attribution de la qualité d'ayant droit aux seuls enfants légitimes de l'assuré ainsi qu'aux enfants adoptés légalement.

Ainsi, la détermination de l'enfant bénéficiant des prestations en nature de la branche d'assurance maladie-maternité en France, se base uniquement sur l'existence d'un lien réel entre ce dernier et l'assuré social. L'existence d'un tel lien est définie par la seule condition de sustentation de l'enfant par l'assuré, qui se traduit par le fait de le prendre en charge. En

³⁴⁵ - Surtout parce qu'il a été jugé que les dispositions de cette Convention sont applicables de plein droit.

³⁴⁶ - Cass. soc., 13 juill. 1994 : JurisData n° 1994-001441 ; Bull. civ. 1994, V, n° 7.

revanche, le législateur libanais compte sur le lien juridique pour déterminer les enfants qui ont la qualité d'ayant droit aux prestations en nature de la même branche. Ce lien est prouvé, au Liban, par la démonstration du caractère légitime des enfants.

Enfin, deux catégories d'enfants considérés comme ayant droit par la loi française, sont exclues des prestations en nature de la branche d'assurance maladie-maternité au Liban. Premièrement, les enfants naturels, nés suite à une relation illégale entre un homme une femme qui ne sont pas liés par un contrat de mariage. Deuxièmement, les enfants recueillis : cette notion renvoie à une situation de fait dans laquelle une personne³⁴⁷ assume, de façon permanente, la charge bénévole de l'entretien et de l'éducation d'un enfant, sans nécessité d'un lien juridique. Les enfants libanais de cette deuxième catégorie, bien qu'ils ne soient pas considérés comme ayants droit en matière d'assurance maladie-maternité, bénéficient des prestations de la caisse d'allocation familiale³⁴⁸. Cette discrimination entre les enfants, et cette distinction entre les branches de sécurité sociale s'avère inutile, puisque le droit à la sécurité sociale et surtout le droit à la santé, est un droit fondamental de l'homme et de tout enfant qu'il soit légitime ou naturel, adopté ou recueilli.

C. Les ascendants, descendants, collatéraux et alliés de l'assuré.

Le législateur français a déclaré que d'autres membres de la famille de l'assuré peuvent bénéficier également, en qualité d'ayant droit, de la couverture des soins. Ainsi, il a prévu que les ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3^e degré, aient droit aux prestations en nature de la branche d'assurance maladie-maternité sous deux conditions. D'une part, ces personnes doivent vivre sous le toit de l'assuré et, d'autre part, elles doivent se consacrer exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à charge de l'assuré ou de son conjoint³⁴⁹. À cet égard, il faut noter que la qualité d'ayant droit, au sein de cette catégorie, peut être reconnue simultanément à plusieurs personnes qui respectent les conditions mentionnées ci-dessus.

³⁴⁷- Cette personne doit être l'assuré en matière de sécurité sociale.

³⁴⁸- AZOURI JAMHOURI Layla, « Les enfants dans la législation sociale libanaise et internationale », Journal AL-Chark Al- Adna, n° d'étit. 46, 1993, p. 42.

³⁴⁹- CSS, articles L. 313-3, 4^o et R. 313-13.

En revanche, la loi libanaise relative à la sécurité sociale ne donne pas la qualité d'ayant droit, au sein de cette catégorie, qu'au premier degré d'ascendance³⁵⁰ de l'assuré social. Selon l'article 14 de cette Loi, le père et la mère de l'assuré doivent être âgés de plus de soixante ans ou, par la suite d'une infirmité physique ou mentale, ne sont pas en mesure de gagner leur vie. Alors le législateur libanais a limité les effets de droit en matière de l'assurance maladie-maternité. Toutefois, en absence d'une couverture maladie universelle, ou d'un autre système qui couvre toute la population libanaise contre le risque de santé, on trouve qu'il est préférable d'étendre la notion d'ayant droit, au sein cette catégorie, au lieu de la limiter. Une telle politique de généralisation de la couverture peut être estimée nécessaire, surtout dans un pays comme le Liban où les relations familiales sont fortes.

D. La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).

Le 15 novembre 1999, une loi a été promulguée en France pour permettre à deux personnes physiques majeures, de sexes différents ou du même sexe, de conclure entre elles un pacte civil de solidarité, pour organiser leur vie commune³⁵¹. Toutefois, la loi a indiqué que ce PACS ne peut pas être conclu entre deux personnes si l'une d'elles est mariée ; ou entre les ascendant et descendant en ligne directe, alliés en ligne directe et collatéraux jusqu'au 3e degré inclus ; ou finalement entre deux personnes si l'une d'elles est déjà liée par un PACS. Dorénavant, la personne liée à l'assuré par un PACS est considérée comme étant un ayant droit de ce dernier, et par conséquent, elle bénéficie des prestations en nature de la branche d'assurance maladie-maternité.

Une telle situation est, en effet, introuvable au Liban. Aucune personne n'a le droit d'être liée à une autre par un pacte civil³⁵². Seul le mariage entre deux personnes de sexes différents est légal, et par suite donne droit aux prestations de la branche d'assurance maladie-maternité. Ainsi, seul le conjoint légitime de l'assuré est considéré comme ayant droit³⁵³.

³⁵⁰ - Le premier degré d'ascendance regroupe seulement la mère et le père de la personne étudiée.

³⁵¹ - Loi n° 99-944 de 15 novembre 1999, journal officiel, 16 novembre 1999 ; CSS, art. L. 161-14 ; C. Civ., art. 515-1.

³⁵² - Même le mariage civil au Liban est considéré illégal, puisque le Code du statut personnel libanais oblige que le contrat de mariage soit signé par le chef spirituel qui a conclu ce contrat. V. art 22, Code du statut personnel de 7 décembre 1951. Disponible en ligne sur : www.justice.gov.lb . (Consulté le 22-02-2013).

³⁵³ - V. *supra*. p. 139.

E. Personne vivant maritalement avec l'assuré.

Le deuxième chapitre de la loi du 15 novembre 1999, est allé plus loin en légalisant le concubinage entre deux personnes en France. La loi définit cette situation par « *une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple* »³⁵⁴.

En se basant sur cette loi, le législateur français a affilié la qualité d'ayant droit, afin d'accorder des prestations en nature de la branche d'assurance maladie-maternité, à la personne qui vit maritalement avec un assuré social³⁵⁵. Toutefois, cette personne doit se trouver à la charge totale effective et permanente de l'assuré³⁵⁶, et vivre sous son toit de telle sorte que le couple puisse être communément vu comme mari et femme. Par ailleurs, il a été jugé qu'en se référant à la notion de vie maritale, le législateur a entendu limiter les effets de droit, au regard de l'assurance maladie-maternité, à la situation de fait consistant dans la vie commune de deux personnes ayants décidé de vivre comme des époux, sans pour autant s'unir par le mariage, ce qui ne peut concerner qu'un couple constitué d'un homme et d'une femme³⁵⁷. Alors, on peut dire que la personne vivant maritalement avec l'assuré est désormais assimilée à un ayant droit, avec toutes les conséquences qui en découlent³⁵⁸. Cependant, au Liban, cette assimilation ne peut pas être mise en vigueur puisque, comme on l'a déjà indiqué, la loi libanaise ne reconnaît que le mariage légitime comme lien légal entre un homme et une femme.

³⁵⁴ - Loi n° 99-944 de 15 novembre 1999, journal officiel, 16 novembre 1999 ; C. Civ., art. 515-8.

³⁵⁵ - CSS. Art. L. 161-14, al. 1.

³⁵⁶ - La notion de charge effective et permanente exigée doit être entendue comme impliquant l'absence d'activité professionnelle, mais n'est rattachée à aucune condition de ressources.

³⁵⁷ - Cass. Soc., 11 juillet. 1989 : [Juris. Data n° 1989-002910](#) ; Bull. Civ. 1989, V, n° 515 ; JCP G 1990, II, 21553, note Meunier.

³⁵⁸ - Circ. CNAM / SDAM n° 779-78, 9 août 1978.

F. Personne vivant avec l'assuré.

Le législateur français a étendu la notion d' « ayant droit » de sorte qu'elle couvre toute personne vivant à la charge de l'assuré depuis au moins douze mois. En effet, aux termes des articles L. 161-14, 2^e alinéa et R 161-8-1 du code de la sécurité sociale, la personne non visée par le premier alinéa de l'article L. 161-14 dudit code³⁵⁹ et par l'article L. 313-3³⁶⁰, qui vit depuis douze mois consécutifs avec un assuré social et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit pour le bénéfice des prestations maladie-maternité en nature. Toutefois, ces dispositions ne sont applicables qu'à une seule personne.

Ce dispositif, permet de reconnaître la qualité d'ayant droit à un enfant ayant dépassé les limites d'âge fixées par l'article R. 313-12 du Code de la sécurité sociale et ne relevant pas du régime des étudiants. De même, peut avoir la qualité d'ayant droit, un ascendant, collatéral ou allié, ne remplissant pas les conditions fixées par l'article L. 313-3 alinéa 4 du même code. Plus encore, cette qualité est attribuée à une personne de même sexe que l'assuré ne présentant pas de lien juridique ou familial avec ce dernier. Ainsi, le but était d'assurer que toute la population française bénéficie d'une couverture de soins. Cette politique sociale expansionniste est jusqu'aujourd'hui inexistante au Liban, ce qui empêche l'application de l'idée fondamentale de la sécurité sociale qui consiste à assurer tout être humain contre les risques menaçants sa vie.

Paragraphe 2 : L'étendue de la couverture.

La couverture en nature de l'assurance maladie-maternité obligatoire n'est pas illimitée. En principe, ne sont remboursées que les dépenses effectuées sur prescription du médecin. Et pour certains actes spécifiques la prise en charge des frais est subordonnée à l'accord préalable de la caisse maladie-maternité. Plus encore, la loi relative à la sécurité sociale, en France comme au Liban, a limité le champ d'intervention de la couverture en déterminant, d'une part, les actes couverts (A), et d'autre part, le reste à charge de l'assuré social (B).

³⁵⁹ - Article déterminant la personne vivant maritalement avec l'assuré.

³⁶⁰ - Article déterminant les membres de la famille de l'assuré.

A. Les actes couverts.

La branche d'assurance maladie maternité assure la couverture des risques sanitaires en cas de maladie (1) comme en cas de maternité (2).

1. En cas de maladie.

Les prestations en nature de l'assurance maladie sont définies en France par l'article L. 321-1 du code de sécurité sociale et au Liban par l'article 17-2 de la loi relative à la sécurité sociale. Ces prestations sont assez diverses et se caractérisent par un large champ d'intervention.

En effet, le législateur libanais détermine le champ de couverture de l'assurance maladie par des actes qui sont aussi couverts par le système français. Il s'agit de couvrir :

- Les examens médicaux, les radiographies et les examens de laboratoires et analyses ;
- Les soins des praticiens de médecine générale y compris les visites à domicile nécessaires et les soins de spécialistes ;
- Les soins dentaires³⁶¹ ;
- Les médicaments et produits pharmaceutiques nécessaires ;
- L'hospitalisation dans un hôpital ou une autre institution médicale y compris les opérations chirurgicales ;
- La fourniture des appareils de prothèse et d'orthopédie.

³⁶¹ - V. D. n°5104 daté le 24 mars 2001 Publié dans le JO n° 14 le 29 mars 2001 et modifié par le D. n° 6516 daté le 11 octobre 2001.

- Les frais de transport³⁶² des patients qui se trouvent dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit³⁶³.

En revanche, l'assurance maladie obligatoire en France va plus loin en couvrant plusieurs frais médicaux, alors qu'ils ne sont pas couverts par la Caisse d'assurance maladie au Liban.

Il s'agit, en premier lieu, de couvrir les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, et des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie des frais incombant à l'État³⁶⁴. Cette couverture est assurée au Liban par l'État, encouragé par les efforts du ministère des affaires sociales qui s'occupe du bien-être des personnes handicapées.

En second lieu, sont désormais couverts, par l'assurance maladie française, les actes de télé-médecine³⁶⁵. Par ces actes on entend : les actes de téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale. Ces actes peuvent être effectués à distance par un professionnel de santé dans le cadre d'un exercice libéral ou salarié, auprès d'un autre professionnel libéral, en centre de santé, dans un établissement ou un service médico-social ou encore dans un établissement de santé. La non disponibilité de ces services au sein de l'État libanais rend leur couverture inexistante.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2003, les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse sont pris en charge³⁶⁶, bien qu'il ne s'agisse pas de soins nécessités par un état pathologique. Toutefois, ces actes doivent être effectués avant la fin de

³⁶²- Ces sont les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 du Code français de la sécurité sociale Et l'article 75 du régime médical libanais qui définissent les règles de la prise en charge des frais de transport.

³⁶³- Les frais de transport liés à une hospitalisation sont entendus strictement. Ainsi, les déplacements effectués par des malades en vue d'examen destinés à préparer une hospitalisation ou de consultations pré-anesthésiques ou post-opératoires, ne constituent pas des transports liés à une hospitalisation au sens de l'article R. 322-10, 1^o du Code de la sécurité sociale, et ne sauraient être pris en charge. V. Cass. 2^e civ., 17 janv. 2007, n^o 05-20.964. ; Cass. 2^e civ., 14 févr. 2007, n^o 06-10.913. ; Cass. soc., 16 déc. 1999 : JurisData n^o 1999-004531. ; Cass. soc., 16 déc. 1993, n^o 91-21.471 : JurisData n^o 1993-002517.

³⁶⁴- Code de la Sécurité sociale, art. L. 321-1, 3^o.

³⁶⁵- C. santé publ., art. R. 6316-1 à R. 6316-5 issus D. n^o 2010-1229, 19 oct. 2010, relatif à la télé-médecine : Journal Officiel 21 Octobre 2010.

³⁶⁶- Code de la Sécurité sociale, art. L. 321-1, 4^o.

la douzième semaine de grossesse³⁶⁷. En cette matière, la loi libanaise ne légalise pas l'IVG que dans des situations répondants à l'une de deux conditions : si la grossesse met en risque l'état physique et/ou mental de la mère, ou si l'enfant risque de naître avec de graves malformations congénitales. Ainsi, ce n'est que dans ce cadre que l'IVG est prise en charge au Liban.

2. En cas de maternité.

L'assurance maternité couvre un certain nombre de frais selon une exécution plus ou moins similaire entre la France et le Liban. Toutefois, des différences de prise en charge d'autres frais relatifs à la situation de grossesse/maternité se manifestent pour creuser l'écart entre les deux pays.

Ainsi, la couverture « commune » entre les deux pays comporte :

- Les frais des examens pré et post natals obligatoires³⁶⁸ de la mère effectués par un médecin ou une sage-femme, diplômée ou agréée. Toutefois, les frais de surveillance du nourrisson et de l'enfant jusqu'à 6 ans (mesures de prévention et examens obligatoires), ainsi que ceux des examens du père s'ils s'avèrent nécessaires ne sont pris en charge que par l'assurance maternité française.
- Les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse fixé dans chacun des deux pays par une liste³⁶⁹ plus ou moins exhaustive, quand ils sont prescrits par ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. En fait, ces frais sont pris en charge pour la femme française suivant cette liste fixée par arrêté pendant les 5 premiers mois de grossesse mais la situation se modifie une fois le 5^{ème} mois passé. En revanche, la femme libanaise est soumise à ce mode de couverture pendant toute la période de sa grossesse.

³⁶⁷- Conformément à l'article L. 2212-1 du Code de la santé publique.

³⁶⁸- Au moins trois examens prénataux à T1, T2 et T3 pour suivre le déroulement de la grossesse et un examen post natal pour vérifier l'état de santé de la mère.

³⁶⁹- En France la liste est fixée par l'arrêté CSS, art. L. 331-2 modifié ord. n° 2004-329, 15 avr. 2004, art. 4, II : Journal Officiel 17 Avril 2004. Au Liban les cas couverts sont déterminés par une liste approuvée par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale.

En ce qui concerne les différences existantes entre les deux pays, il convient d'aborder la particularité française de la période se situant entre le 4^{ème} mois avant la date présumée de l'accouchement et le 12^{ème} jour après l'accouchement. En effet, pendant cet intervalle de temps, l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse sont pris en charge par l'assurance maternité. Cette couverture inclut la préparation à l'accouchement, les frais pharmaceutiques, les frais et suites d'accouchement, les soins médicaux de la mère après l'accouchement, les césariennes et péridurales, ainsi que la réanimation de l'enfant à la naissance si celle-ci est exécutée selon les procédés usuels. Au sujet des frais de séjours et du forfait journalier hospitalier, ceux-ci sont pris en charge jusqu'au 12^{ème} jour dans les établissements publics et privés si ces derniers sont conventionnés ; dans un établissement non ou partiellement conventionné la couverture se fait selon un tarif fixé par la caisse. Et finalement, l'interruption non volontaire de grossesse (accouchement prématuré ou fausse couche) et l'interruption médicale de grossesse sont prises en charge sous condition que la déclaration de grossesse soit effectuée.

B. Le reste à charge de l'assuré social.

Afin de responsabiliser les bénéficiaires des prestations en nature fournies par la branche d'assurance maladie-maternité, les textes relatifs à la sécurité sociale, en France comme au Liban, laissent une partie des frais médicaux et paramédicaux à la charge de l'assuré. Compte tenu du déficit croissant de cette branche, la participation de l'assuré a été mise en place sous plusieurs formes en France, alors qu'elle a demeuré standard au Liban (1). Toutefois, et dans des cas particuliers, une exonération de la participation de l'assuré se met en vigueur, avec quelques différences entre les deux pays en matière de son champ d'application (2).

1. Les formes de la participation aux frais.

Le Texte libanais se caractérise par sa simplicité dans ce domaine. En effet, la Loi relative à la sécurité sociale, a donné au Conseil des Ministres le droit de fixer la valeur de participation de l'assuré³⁷⁰. Cette participation a été aux coûts des soins médicaux fournis en cas de maladie et de maternité conformément aux dispositions de l'article 17, alinéa 2 de la Loi. Dans ce sens, un Décret n° 595 a été promulgué le 4 février 1971, en but de déterminer pour la première fois le reste à la charge de l'assuré. Ce Décret a été modifié plusieurs fois, pour que finalement un Décret n° 3685 du 22 juin 1993 soit mis en vigueur pour fixer la participation de l'assuré comme suit :

- 10 % dans le cas d'hospitalisation
- 20 % dans tous les autres cas de frais des soins médicaux.

Dorénavant, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale au Liban prend en charge le pourcentage restant³⁷¹. Et récemment, la participation de l'assuré aux coûts des médicaments destinés au traitement des maladies cancéreuses a été réduite à 5%³⁷² en vertu du Décret n° 8641 du 12 septembre 2002.

En France, la détermination de la partie restante à la charge de l'assuré est plus complexe. Cette complexité se traduit par le fait que plusieurs formes de participations ont été mises en vigueur. On distingue entre quatre formes de participation aux frais médicaux et paramédicaux exposées dans l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, ces participations sont uniquement mises en place en cas de maladie, et ne s'appliquent pas en cas de maternité³⁷³.

Premièrement, les textes français prévoient un ticket modérateur qui est à la charge des bénéficiaires des prestations en nature en cas de maladie. Il se caractérise par son montant variable qui est, depuis 2004, déterminé par décision de l'Union nationale des caisses

³⁷⁰- Cela se fait par Décret sur proposition du Ministre du Travail et finalité du Conseil d'Administration. V. l'article 20 de la loi relative à la sécurité sociale au Liban.

³⁷¹- La CNSS couvre 90% en cas d'hospitalisation et 80% dans tous les autres cas de frais pour soins médicaux.

³⁷²- Contre 95% couvert par la CNSS.

³⁷³- V. *infra*. p. 157.

d'assurance maladie³⁷⁴. En effet, le taux de participation varie selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement et la nature des établissements où les soins sont effectués³⁷⁵. Ainsi, on distingue entre plusieurs taux du ticket modérateur³⁷⁶ :

- 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé ainsi que pour les frais d'examens de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions et pour le tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement public ou privé. En plus les mêmes pourcentages sont appliqués pour les forfaits visés aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32 du Code de la sécurité sociale³⁷⁷ et pour les consultations et actes non inclus dans ces forfaits ;
- 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux mentionnés au 1er alinéa ci-dessus ;
- 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux et les frais d'examens de biologie médicale, sauf pour ceux mentionnés au 1er alinéa ci-dessus ;
- 30 à 40 % pour les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme majeur ou important³⁷⁸ ;
- 70 % pour les médicaments destinés au traitement des affections sans caractère de gravité et pour ceux dont le service médical rendu a été classé comme modéré³⁷⁹ ; pour les spécialités homéopathiques inscrites sur la liste établie en application du 1er

³⁷⁴- depuis 2004, le montant du ticket modérateur n'est plus fixé par décret en Conseil d'État. V. CSS, art. L. 322-2 mod. L. n° 2004-810, 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, art. 41 : Journal Officiel 17 Aout 2004.

³⁷⁵- Code de la Sécurité Sociale, art. L. 322-2.

³⁷⁶- Cela en se basant sur l'article R. 322-1 du Code de la sécurité sociale fixant les taux de participation de l'assuré qui a été complété et modifié par les décrets n° 2010-6 du 5 janvier 2010 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (Journal Officiel 6 Janvier 2010) et n° 2011-56 du 14 janvier 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (Journal Officiel 15 Janvier 2011).

³⁷⁷- Comme soins dans les services d'urgence ou soins non suivis d'hospitalisation dans les établissements non autorisés à traiter les urgences.

³⁷⁸- Code de Sécurité Sociale, art. R. 322-1, 11°.

³⁷⁹- Code de Sécurité Sociale, art. R. 322-1, 6° ; Arrêté 18 mars 2011 : Journal Officiel 25 Mars 2011.

alinéa de l'article L. 162-17 et pour les préparations homéopathiques répondant aux conditions définies au 11° de l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique prises en charge par l'assurance maladie³⁸⁰ ;

- 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible dans toutes les indications thérapeutiques³⁸¹ ;
- 40 % pour les frais de produits et prestations visés à l'article L. 165-1³⁸² et figurant sur une liste³⁸³ ;
- 30 à 40 % pour les frais de transport prévus au 2° de l'article L. 321-1 ; pour les frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal et pour tous les autres frais.

En outre, le ticket modérateur peut être présenté sous forme forfaitaire. D'après l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 du 19 décembre 2005, la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier hospitalier a été supprimée. Il s'agit de supprimer tout ticket modérateur pour les actes affectés d'un coefficient ou d'un tarif supérieur ou égal à un seuil³⁸⁴. De ce fait, une participation limitée à 18 € a été instaurée pour les actes médicaux lourds. Toutefois, quoi qu'il soit présenté par le ticket modérateur ou le forfait journalier, le reste à la charge de l'assuré peut être lui remboursé par des mutuelles ou des institutions de prévoyance complémentaires.

Deuxièmement, l'assuré par le système français s'acquitte depuis le 1^{er} janvier 2005, outre du ticket modérateur, d'une participation forfaitaire pour tout acte et consultation réalisés par un médecin, en ville ou en établissement, et acte de biologie médicale, à l'exclusion des actes et consultations réalisés au cours d'une hospitalisation³⁸⁵. Son montant est fixé à 1 euro par l'Union des caisses d'assurance maladie. Cette participation se caractérise, contrairement au

³⁸⁰ - Code de Sécurité Sociale, art. R. 322-1, 7° ; Arrêté 18 mars 2011 : Journal Officiel 25 Mars 2011.

³⁸¹ - Code de Sécurité Sociale, art. R. 322-1, 14° ; Arrêté 18 mars 2011 : Journal Officiel 25 Mars 2011.

³⁸² - Comme les dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain et produits autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17.

³⁸³ - Code de Sécurité Sociale, art. R. 322-1, 8°. – A. 18 mars 2011 : Journal Officiel 25 Mars 2011.

³⁸⁴ - Loi n° 2005-1579, 19 déc. 2005, art. 56 : Journal Officiel 20 Décembre 2005.

³⁸⁵ - Code de la Sécurité Sociale, art. L. 322-2, II créé L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 20, I : Journal Officiel 17 Aout 2004.

ticket modérateur et au forfait journalier, par le fait qu'elle ne peut, en aucun cas, être prise en charge par les couvertures complémentaires³⁸⁶ assurées par les mutuelles et les compagnies d'assurance privées.

En troisième lieu, une franchise médicale à la charge des assurés est mise en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008³⁸⁷. Le but de cette franchise était d'augmenter le financement des soins palliatifs et de lutter contre le cancer et la maladie d'Alzheimer. Le montant de celle-ci est égale à :

- 0,50 € sur chaque boîte de médicaments remboursés, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation. Toutefois, lorsque le médicament est délivré au titre de l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique, c'est-à-dire par une pharmacie interne à un établissement de santé, la franchise s'applique par médicament prescrit³⁸⁸ ;
- 0,50 € sur chaque acte effectué par un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste et pédicure), à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation³⁸⁹ ;
- 2 € sur chaque trajet, pour les transports mentionnés à l'article L. 321-1, 2° du Code de la sécurité sociale, effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence³⁹⁰.

Cependant, cette franchise ne peut en aucun cas dépasser un plafond annuel de 50 euros par assuré³⁹¹.

La dernière participation de l'assuré se manifeste par un forfait journalier hospitalier qui reste à la charge des personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux³⁹². Ce forfait est dû pour chaque jour d'hospitalisation complète assujettie à facturation des frais

³⁸⁶- Décret n° 2005-1226, 29 sept. 2005 : Journal Officiel 30 Septembre 2005.

³⁸⁷- Code de la Sécurité Sociale, art. L. 322-2, III issu L. n° 2007-1786, 19 déc. 2007, de financement de la sécurité sociale pour 2008, art. 52 : Journal Officiel 21 Décembre 2007 ; art. D. 322-5 à D. 322-9 issus D. n° 2007-1937, 26 déc. 2007 : Journal Officiel 30 Décembre 2007.

³⁸⁸- Code de la Sécurité Sociale, art. D. 322-5.

³⁸⁹- Ibid.

³⁹⁰- Ibid.

³⁹¹- Code de la Sécurité Sociale, art. D. 322-6.

³⁹²- Code de la Sécurité Sociale, art. L. 174-4. ; L. n° 83-25, 19 janvier 1983 : Journal Officiel 20 Janvier 1983 ; JCP E 1983, III, 53757.

de séjour³⁹³. Toutefois, ce forfait hospitalier ne s'ajoute pas mais s'impute sur le ticket modérateur quand celui-ci est supérieur ou égal au forfait journalier. Le calcul de son montant se fait sous des conditions fixées par décret du Conseil d'État. Il s'agit de se baser sur l'un ou plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour ; afin de tenir compte d'un coût journalier d'établissement moyen. Depuis le 1^{er} janvier 2010, ce forfait est fixé à 18 euros pour une hospitalisation normale, et à 13,50 euros en cas d'hospitalisation dans le service de psychiatrie d'un établissement de santé³⁹⁴.

Enfin, il faut souligner que les assurés, en France comme au Liban, peuvent contracter une assurance complémentaire afin de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par la branche d'assurance maladie-maternité. Normalement, l'assurance complémentaire se fait auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Toutefois, la situation en France a changé depuis l'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Dorénavant, les personnes disposant de faibles ressources³⁹⁵ peuvent bénéficier gratuitement d'une assurance complémentaire offerte par le système français de sécurité sociale, et qui les couvre à 100%. En plus, le législateur français a prévu une aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, dite ACS. Cette aide est destinée aux personnes dont les ressources dépassent légèrement³⁹⁶ le plafond de la CMU-C, et ne peuvent en conséquence en bénéficier. Elle consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation, ou prime annuelle payée à un organisme complémentaire de santé.

³⁹³ - En revanche, les séjours inférieurs à 24 heures ne donnent pas lieu au paiement du forfait.

³⁹⁴ - Journal Officiel 30 Décembre 2009.

³⁹⁵ - Pour bénéficier de la CMU-C, les ressources doivent être inférieures à un plafond qui varie en fonction de la composition du foyer. Le plafond annuel de ressources au 1er juillet 2012 était fixé à : 7 934 € pour personne seule au foyer ; 11.902 € pour 2 personne au foyer ; 14.282 € pour 3 personne au foyer ; 16.662 € pour 4 personnes au foyer ; et en ajoutant 3.173,76 € par chaque personne en plus. V. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), « Couverture maladie universelle complémentaire : bénéficiaires et prestations », mise à jour le 28.09.2012, disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr>. (Consulté le 14-03-2013).

³⁹⁶ - Les ressources ne doivent pas dépasser de plus de 35% le seuil d'accès à la CMU-C. V. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), « Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) », mise à jour le 01.07.2012, disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr>. (Consulté le 14-03-2013).

2. L'exonération de la participation.

Les textes français et libanais, en matière de l'assurance maladie-maternité, prévoient des exonérations de la participation de certains assurés aux frais couverts. L'exonération dépend, dans les deux pays, soit de la situation de l'assuré, soit de l'acte effectué. Néanmoins, la différence entre les deux pays n'existe qu'en matière de l'étendue du champ d'application de l'exonération. Ainsi, bien qu'on puisse retirer une volumineuse liste d'exonération des textes français, cette liste est assez restrictive au Liban.

Initialement, la loi libanaise relative à la sécurité sociale prévoit un seul cas dans lequel l'assuré est exonéré de la participation aux frais de soins médicaux. C'est l'article 20, alinéa 2, de la Loi qui exonère l'assuré affecté par une invalidité temporaire de travail de la participation aux frais de soins médicaux à partir de la sixième semaine d'invalidité. Le législateur libanais a voulu, par cette exonération, aider l'assuré qui a perdu totalement ou partiellement son revenu à cause d'une interruption involontaire du travail.

Toutefois, ce dernier a étendu le champ d'application de l'exonération en annulant la participation de l'assuré aux frais du travail médical, en cas de dialyse³⁹⁷, comme en cas de maternité³⁹⁸. Ce qui est important à souligner, c'est qu'en cas de maternité l'assuré n'est pas exonéré des frais d'hospitalisation, de la salle d'opération, et des autres frais hors le travail médical lors de l'accouchement. On peut ainsi constater que cette exonération est limitée et insuffisante, surtout que les femmes enceintes sont obligées par la Loi de se soumettre à des examens avant et après l'accouchement.

En France, la situation est très différente. Le champ d'application de l'exonération est assez large, même dans le cadre de l'assurance maladie elle-même, où une liste d'exonération a été fixée par l'article L. 322-3 et présente un caractère assez « *hétéroclite* »³⁹⁹. Mais cette politique d'élargissement du Champ n'est pas privilégiée au Liban, surtout que l'expérience française montre que les dépenses relatives aux personnes exonérées de la participation aux frais couverts représentent la moitié des remboursements⁴⁰⁰. Néanmoins, on trouve que la

³⁹⁷- V. l'article 1 du décret n° 1786 du 14 janvier 1979, publié dans le JO le 1 mars 1979, et mis en vigueur le 1 juin 1979.

³⁹⁸- V. l'article 1 du décret n° 7431 du 16 mars 1974, publié dans le JO le 8 avril 1974.

³⁹⁹- Exonération liée à la situation sociale de l'assuré ; exonération liée à la nature de l'acte médicale ou de l'affection... V. DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit.*, 2008, p. 481.

⁴⁰⁰- Ibid. p : 481.

politique d'exonération appliquée en France en cas de maternité est plus favorable. Cette politique consiste à rembourser l'assuré pour ses frais de maternité à 100%, cela en supprimant le ticket modérateur, le forfait de un euros, et les franchises médicales.

Section 2 : les prestations en espèce.

Le deuxième genre de prestations assurées par l'assurance maladie-maternité obligatoire étant les prestations en espèce qui sont attribuées sous forme d'indemnités journalières. Cependant, contrairement aux prestations en nature, qui sont attribuées aux assurés et leurs ayants droit, les prestations en espèce ne sont versées qu'à l'assuré qui interrompt son activité professionnelle. Cela tient au fait que ces dernières ont pour but de pallier la perte de revenu.

Certes, ces prestations sont prévues par le Code français de sécurité sociale comme par la Loi libanaise. Toutefois, leurs dispositions ne sont, jusqu'à ce jour, pas mises en vigueur au Liban.

Ainsi, elles demeurent, conformément au Code libanais du Travail, à la charge totale de l'employeur. En revanche, en France, la caisse d'assurance maladie-maternité verse aux salariés assurés ce genre d'indemnités suite à un arrêt de travail qui menace leurs revenus. Ces indemnités ne compensent pas la totalité de la perte de revenu. La Loi française impose, alors, à l'employeur le versement d'indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale⁴⁰¹. Ainsi, l'employeur qui ne verse pas aux échéances de paie le complément obligatoire, auquel le salarié a droit, commet une faute justifiant la prise d'acte de la rupture par le salarié⁴⁰².

⁴⁰¹- V. art. L. 1226-1 du Code français du Travail. Pour plus d'informations sur les indemnités complémentaires payées par l'employeur en cas de maladie, V. CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, MARIGNER Natacha, RIGAUD Frédérique, « Maladie, contrat de travail- indemnisation », Numéros juridiques, Liaisons sociales n° 15372 du 29 mai 2009.p. 49. Cependant, l'employeur n'est pas légalement tenu de compléter les indemnités journalières versées par la sécurité sociale en cas de maternité. En ce sujet, V. CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, MARIGNER Natacha, BALLERO Noémie, « la maternité », Liaisons sociales n° 15068 du 29 février 2008.p. 44.

⁴⁰²- Cass. Soc. , 10 mai 2006, n° 04-53.319.

En outre, contrairement aux prestations en nature, tous les régimes existants en France n'accordent pas nécessairement des prestations en espèce⁴⁰³. En effet, l'assurance maladie-maternité des personnes non salariées des professions agricole, à l'opposé des salariés du secteur agricole⁴⁰⁴, ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnité journalière⁴⁰⁵.

En revanche, les travailleurs non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales ainsi que ceux des professions libérales peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires⁴⁰⁶, et notamment à l'octroi d'indemnités journalières⁴⁰⁷. Ainsi, les prestations en espèce versées initialement par le régime général se généralisent progressivement.

Enfin, il faut noter que ces prestations dites « en espèce » diffèrent par le montant versé et la durée de couverture, au Liban comme en France, qu'il s'agisse d'indemnité de maladie (paragraphe 1) ou d'indemnité de maternité (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'indemnité maladie.

L'article 23 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale donne à l'assuré le droit à une indemnité de maladie. Cet article stipule clairement que : « *l'assuré qui, par suite d'une maladie, est atteint d'une incapacité temporaire de travail, dûment constatée par un médecin agréé et ayant entraîné une suspension de son gain, a droit, à partir du quatrième jour d'incapacité, à une indemnité de maladie, pour chaque jour, ouvrable ou non, d'incapacité* ». Et afin de bénéficier de cette indemnité, plusieurs conditions doivent être respectées. La personne bénéficiaire doit être, tout d'abord, un salarié assuré conformément à la définition donnée par la Loi⁴⁰⁸. En second lieu, elle doit être victime d'une incapacité temporaire de travail, causée par une maladie, qui l'empêche d'exercer son travail rémunéré. Cette situation

⁴⁰³- FOUCHARD- TESSIER Béatrice, MARTINEL Agnès, « indemnités journalières de l'assurance maladie, les dernières évolutions de la jurisprudence de la Cour de cassation », Cité in RADÉ Christophe, DROIT SOCIALE, Revue mensuelle, janvier 2012, édit. Dalloz, 2012. p. 291 et Sv.

⁴⁰⁴- les prestations des salariés du secteur agricole sont équivalentes à celles du régime général des salariés.

⁴⁰⁵- V. art. L. 732-4 du Code rural.

⁴⁰⁶- V. l'ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 relative à la création du régime sociale des indépendant.

⁴⁰⁷- V. art. L. 613-9, L. 613-20, D. 613-14 et Sv. du code de la sécurité sociale.

⁴⁰⁸- V. *Supra*. p. 100.

entraîne, par conséquent, une suspension de revenu. Finalement, pour que l'indemnité entre en vigueur, l'incapacité doit durer plus que quatre jours successifs.

Par ce même article, le législateur a déterminé le montant de l'indemnité de maladie en se basant sur le gain journalier moyen. Cela peut être obtenu en divisant par 90 le total des gains, définis aux articles 68 et suivants de cette Loi, qui ont été perçus par l'intéressé au cours des trois mois précédant la maladie. Durant les 30 premiers jours de l'incapacité, le montant de l'indemnité est égal à 50 % du gain journalier moyen et 30% de ce gain dans le cas où le malade est hospitalisé. En revanche, ces pourcentages sont portés respectivement à 75% et 50% à partir du 31^e jour d'incapacité, à condition que la nécessité de prolongation de l'incapacité soit certifiée par le médecin de la Caisse.

En fait, le droit à l'indemnité de maladie prévu par cet article, n'est, jusqu'à présent, toujours pas exécuté. Et ce sont les dispositions du Code du Travail, émis le 23-09-1946, qui sont appliquées en cas d'interruption du Travail à cause d'une maladie.

En effet, c'est par ses articles 40 et suivants, que le Code de Travail libanais organise un congé de maladie qui doit être à la charge de l'employeur en cas d'une maladie affectant le salarié et qui l'empêche d'exécuter son travail. Le législateur a lié le montant et la durée de ce congé à la durée du service du salarié chez son employeur⁴⁰⁹. Il s'agit de :

- « *Quinze jours avec plein traitement, puis quinze jours avec demi-traitement pour le salarié qui a de trois mois à deux ans de service;*
- *Un mois avec plein traitement, puis un mois avec demi-traitement pour le salarié qui a de deux à quatre ans de service;*
- *Un mois et demi avec plein traitement, puis un mois et demi avec demi-traitement pour le salarié qui a de quatre à six années de service;*
- *Deux mois avec plein traitement, puis deux mois et demi avec demi-traitement pour le salarié qui a de six à dix années de service;*

⁴⁰⁹⁴⁰⁹ - GHAYAD Wissam, *Résumé de la Loi libanaise du Travail*, édit. ALMAWASEM, 2006, p.93.

- *Deux mois et demi avec plein traitement, puis deux mois et demi avec demi-traitement pour le salarié qui a plus de dix années de service* »⁴¹⁰.

En revanche, l'assurance maladie obligatoire en France s'est chargée d'assurer ces prestations en espèce. Ces dernières sont définies par l'article L. 323-1 du Code français de sécurité sociale. Initialement, on accordait aux assurés une indemnité journalière (A), et depuis 2010, on leur dispense aussi une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie⁴¹¹ (B). Néanmoins, l'ouverture des droits à ces prestations est conditionnée soit par le versement d'un certain montant de cotisations, soit par une durée minimale d'activité⁴¹². Ainsi, ces deux conditions sont bien alternatives et donc le constat du respect de l'une suffit⁴¹³.

A. *l'indemnité journalière.*

Le Code français de sécurité sociale a accordé aux assurés victimes d'une incapacité de travail causée par une maladie ou un accident⁴¹⁴ des prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières. Ces indemnités, bien qu'elles aient pour but de remplacer le revenu perdu de la personne assurée suite à l'interruption de son travail, elles ne sont pas illimitées. Des limites sont prévus par le dit Code, tant en ce qui concerne la période indemnisée (1) qu'en ce qui concerne la somme assurée (2).

⁴¹⁰- Article 40 de la Loi du 23 septembre 1946 portant Code du travail, dans sa teneur modifiée au 31 décembre 1993 et au 24 juillet 1996. V. AL-GHRAYEB William, Collection « Sader » entre législation et jurisprudence, *le Travail*, édit. Sader, Beyrouth, 2006.

⁴¹¹- Cette allocation a été créée par la Loi n° 2010-209 du 2 mars 2010.

⁴¹²- Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant les six premier mois d'interruption de travail, l'assuré doit avoir payé un montant de cotisations au moins égal à 1015 fois le SMIC horaire ou avoir effectué au moins 200 heures de travail salarié au cours des trois mois civil. Lorsque l'interruption de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré doit justifier soit d'un montant de cotisations égal à 2030 fois la valeur du SMIC horaire, soit avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié au cours de douze mois que précèdent. V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 467.

⁴¹³- V. Civ. 2^e, 22 février 2007, RJS, 6/07, n° 773.

⁴¹⁴- V. art. L. 321-1 et 323-1 du code français de la sécurité sociale.

1. La période indemnisée.

L'indemnité journalière versée en France par l'assurance maladie obligatoire ne prend effet qu'à partir de l'expiration d'un délai prévu par la Loi appelé « délai de carence ». Ce délai est de trois jours à compter du départ de la constatation médicale de l'incapacité⁴¹⁵. Ainsi, le point de départ de l'indemnisation se situe au quatrième jour de l'incapacité de travail⁴¹⁶. Toutefois, l'article 323-1 du code de sécurité sociale prévoit une période maximale d'attribution. En effet, l'assuré peut recevoir, suite à une affection ordinaire, pour une période de trois ans, 360 indemnités journalières au maximum⁴¹⁷. Alors qu'en cas d'une affection de longue durée⁴¹⁸, qui nécessite une interruption de travail ou une dispensation de soins continus d'une durée supérieure à six mois, le versement des prestations en espèce peut se prolonger pendant trois ans⁴¹⁹, calculé de date à date pour chaque affection.

En outre, cette indemnité cesse d'être servie, dans la limite du délai maximum d'attribution, lorsque l'état de santé de l'assuré lui permet de reprendre son travail, même s'il ne le reprend pas effectivement. En revanche, on évoque une cessation de l'indemnité journalière lorsque l'état de l'assuré est stabilisé. Cette stabilisation se prononce par un médecin conseil lorsque l'état médical n'est pas susceptible d'une amélioration significative sous l'effet de la thérapeutique⁴²⁰. Ainsi, si le médecin conseil constate une réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain de l'assuré, l'indemnité journalière est supprimée même si le délai maximum d'attribution n'est pas expiré⁴²¹. Dans ce cas, les droits de l'assuré sont

⁴¹⁵- En cas d'interruptions de travail successives, le délai de carence s'applique à chaque arrêt de travail. Toutefois, les caisses peuvent ne pas l'appliquer lors d'un nouvel arrêt lorsque la reprise de travail n'a pas dépassé 48 heures et qu'il apparaît au contrôle médical de la caisse que l'assuré se trouvait en fait en état d'incapacité de travail pendant cette période. V. Lettre CNAMTS-SDAM n° 161, 13 janv. 1975 : Bull. jur. UCANSS 1975, n° 3. Par ailleurs, en cas d'arrêts de travail successifs dus à une même affection de longue durée visée à l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale, le délai de carence n'est appliqué qu'une seule fois sur une période de trois ans, lors du premier des arrêts de travail provoqué par l'affection considérée. CSS, art. R. 323-1, 1° modifié D. n° 2011-1957, 26 déc. 2011, art. 1 : Journal Officiel 27 Décembre 2011.

⁴¹⁶- V. art. R. 323-1, 1° du code français de la sécurité sociale.

⁴¹⁷- V. art. L 323-1, 2° et R. 323-1, 2° et 4° du Code de la sécurité sociale.

⁴¹⁸- Les affections de longue durée sont mentionnées à l'article 324-1 du code de la sécurité sociale.

⁴¹⁹- Pour une analyse d'ensemble du contentieux concernant le régime des indemnités journalières de l'assurance maladie, V. TAURAN Thierry, « Le contentieux relatif aux indemnités journalières de l'assurance maladie », Dr. Soc., 2009, p. 592.

⁴²⁰- Dans la grande majorité des cas, la stabilisation peut être prononcée entre le 12e et le 18e mois d'arrêt.

⁴²¹- Dans le cas contraire, où il n'y a pas réduction des 2/3 de la capacité de travail ou de gain, la reprise d'un travail doit être proposée. Une reprise du travail à temps partiel peut être envisagée en accord avec le médecin

appréciés au regard de l'assurance invalidité⁴²². Toutefois, si l'assuré ne peut obtenir une pension d'invalidité parce qu'il a atteint l'âge légal visé à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale pour prendre sa retraite, les indemnités journalières lui sont servies jusqu'à la date d'expiration. Cette indemnisation s'opère même si l'état de l'assuré peut être considéré comme stabilisé et même s'il est titulaire d'une pension ou allocation de retraite.

2. Le montant de l'indemnité assurée.

L'objet de l'indemnité journalière est de compenser partiellement la perte de salaire subie par l'assuré en cas de maladie.

Il s'agit, tout d'abord, de déterminer le salaire de référence perçu immédiatement avant l'arrêt de travail, puisqu'il représente la base de calcul de l'indemnité journalière. Ce salaire de référence est logiquement celui qui servait d'assiette aux cotisations dues par l'assuré et son employeur. Par ailleurs, le salaire de référence n'est pris en considération que dans la limite du plafond de cotisations⁴²³.

En second lieu, il s'agit de déterminer le gain journalier de base, puisque l'indemnité versée est journalière. À partir du 1^{er} décembre 2010, 365 jours dans l'année, à la place de 360 jours, doivent être pris en compte afin de déterminer le gain journalier de base⁴²⁴.

Enfin, pour trouver le montant de l'indemnité journalière, il suffit d'appliquer un taux de 50% sur ce gain journalier de base. Ce montant est limité à 1/730^e du plafond annuel de la sécurité sociale⁴²⁵. Toutefois, le taux de 50 % du gain journalier de base est porté à 66,66 % à

traitant et le médecin du travail si ce travail est susceptible d'améliorer l'état de santé du salarié. V. Circ. CNAMTS n° 76/2004, 25 juin 2004.

⁴²²- V. art. L. 341-3 du Code français de la sécurité sociale ; Cass. Soc., 15 novembre 1990, n° 88-13. 185.

⁴²³- Le plafond du salaire pris en compte est égale 1,8 fois le SMIC, soit un montant de 2 517,07 € au 1er janvier 2012. V. art. 323-4 modifié par le D. n° 2011-1957, 26 décembre 2011, art. 1^{er} : Journal Officiel 27 Décembre 2011.

⁴²⁴- Décret n° 2010-1305, 29 oct. 2010 : Journal Officiel 31 Octobre 2010 ; Circ. n° DSS/ SD2/ 2010/398, 25 nov. 2010.

⁴²⁵- V. art. R. 323-5 modifié par le D. n° 2010-1305, 29 oct. 2010, *Op. Cit.*

compter du 31^e jour d'arrêt pour un assuré ayant trois enfants à charge⁴²⁶ dans la limite de 1/547,5^e du plafond annuel de la sécurité sociale⁴²⁷.

B. L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie⁴²⁸.

En se référant au Code du travail français, et notamment à ses articles L. 3142-16 et L. 3142-17, on remarque qu'il donne droit à un congé de solidarité familiale. En fait, « *tout salarié dont un ascendant, descendant, frère, sœur ou personne partageant le même domicile, souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée d'une affection incurable, peut bénéficier d'un congé de solidarité familiale d'une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois, transformé éventuellement en période d'activité à temps partiel* »⁴²⁹. Même si l'incapacité ne concerne pas l'assuré, celui-ci perçoit, dans cette hypothèse, une allocation journalière de la caisse maladie dénommée "AJAP". Cette allocation est accordée dans but de couvrir les frais d'accompagnement de la personne en fin de vie. En effet, celle-ci peut être accompagnée soit à son domicile, soit au domicile de la personne accompagnante ou d'une tierce personne, soit, finalement, dans une maison de retraite ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendants⁴³⁰.

Contrairement à l'indemnité journalière, le montant de l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie est forfaitaire. Ce montant est fixé, depuis le 1^{er} janvier 2012, à 53,17€ par jour et à 26,58 € en cas d'activité à temps partiel, quelle que soit la réduction du temps de travail⁴³¹.

⁴²⁶- Sont considérés comme à charge, les enfants visés à l'article L. 313-3, 2^o et 3^o du Code de la sécurité sociale pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie. V. *supra*. p. 141.

⁴²⁷. Décret n° 2010-1305, 29 oct. 2010, *Op. Cit.*

⁴²⁸- Cette allocation est également ouverte aux demandeurs d'emploi indemnisés par Pôle emploi, aux travailleurs non-salariés, aux exploitants agricoles et aux professions libérales. Sont exclus les conjoints collaborateurs, les ayants droit et les étudiants.

⁴²⁹- Art. L. 168-1 à L. 168-7 et D. 168-1 à D. 168-10 de la Code français de la sécurité sociale.

⁴³⁰- Circ. n° DSS/2A/2011/117, 24 mars 2011.

⁴³¹- Art. D. 168-8 du Code français de la sécurité sociale.

Paragraphe 2 : L'indemnité de maternité.

De même que l'indemnité de maladie, les deux systèmes, libanais et français, ont prévu une indemnité de maternité. Il s'agit d'accorder des prestations en espèce aux femmes assurées suite à une interruption de travail causée par l'accouchement.

Conformément à l'article 26 de la Loi libanaise relative à la sécurité sociale, « *toute assurée a droit à une indemnité de maternité pendant la période de 10 semaines au cours de laquelle a lieu l'accouchement à condition qu'elle s'abstienne de travailler et qu'elle ne perçoive pas de gain pendant cette période* »⁴³². Ainsi, la Loi prévoit deux conditions qui doivent être présentes afin d'appliquer ce droit. Premièrement, il faut que l'assurée arrête son travail durant la durée de dix semaines indiquée par la Loi, et deuxièmement, il faut qu'elle ne touche aucun revenu pendant cette période⁴³³. En outre, la présente Loi détermine par l'alinéa 2 du même article le montant de l'indemnité de maternité. Ce dernier est égal aux « *deux tiers du gain journalier moyen* » comme en cas de l'indemnité de maladie⁴³⁴.

Néanmoins, les dispositions de cet article, prévues par la Loi libanaise relative à la sécurité sociale, n'ont jamais été mises en vigueur. Par conséquent, une application du Code du Travail est exigée en ce domaine, vu qu'il accorde un congé de maternité, nommé *congé de couches*, aux salariées enceintes. Selon l'article 28 de ce Code, « *toutes les femmes enceintes auront droit à un congé de couches de sept semaines englobant la période d'avant et la période d'après les couches, et ce, sur présentations d'un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement* ». Enfin, bien que la période du congé prévue par la Loi relative à la sécurité sociale soit plus étendue que celle prévue par le Code du travail, l'indemnité assurée par l'article 29 de ce dernier est plus complète. Il s'agit de payer le salaire en entier pendant le congé de couches.

En France, c'est le Code de sécurité sociale qui s'applique en cette matière. Il accorde aux femmes assurées, et parfois aux hommes, des prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières afin d'indemniser plusieurs types de congé⁴³⁵. Ainsi, au-delà des indemnités

⁴³²- Art. 26, alinéa 1 de la Loi libanaise relative à la sécurité sociale.

⁴³³- L'article 26 du Code du Travail libanais donne droit à l'employeur de licencier la salariée, sans avertissement, s'il prouve qu'elle exerce un autre travail durant la période du congé maternité.

⁴³⁴- V. *Supra*. p. 159.

⁴³⁵- Il faut noter que ces indemnités ne sont pas cumulables avec les prestations en espèces de l'assurance maladie.

versées en cas de congé de maternité (A), le Code prévoit des indemnités en cas de congé de paternité (B) et aussi en cas de congé d'adoption (C). L'objectif de ces congés payés étant de permettre à la mère de se reposer avant et après l'accouchement, ou encore à faciliter l'insertion de l'enfant en cas d'adoption, et enfin à inciter le père à être présent au foyer à l'arrivée de l'enfant. Le montant des indemnités journalières versées dans les trois cas est identique⁴³⁶. Il est calculé, de la même manière que celui versé en cas d'indemnité de maladie, en se basant sur le gain journalier⁴³⁷. Toutefois, c'est la durée couverte qui diffère d'un congé à l'autre.

A. Le congé de maternité.

Le congé maternité comprend un congé prénatal⁴³⁸ et un congé postnatal⁴³⁹. Sa durée varie selon le nombre d'enfants attendus et le nombre d'enfants déjà à charge⁴⁴⁰.

Premièrement, dans le cas où la salariée attend son premier ou deuxième enfant, la durée du congé maternité est de 16 semaines divisées, en principe, en 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après l'accouchement. Toutefois, la répartition de ces 16 semaines a été modifiée⁴⁴¹. Depuis le 6 mars 2007, la salariée enceinte peut⁴⁴² reporter une partie de son congé prénatal⁴⁴³ après son accouchement. De ce fait, son congé postnatal sera alors augmenté.

⁴³⁶- Le montant de l'indemnité est égal à : 1/90 du salaire brut des 3 derniers mois précédant l'interruption de travail, si ce salaire est versé mensuellement ou journalièrement ; 1/84 du salaire brut des 6 ou des 12 derniers mois précédant l'interruption de travail, si ce salaire est versé respectivement toutes les deux semaines ou chaque semaine ; 1/360 de celui des 12 derniers mois en cas d'activité discontinue. V. art. R. 331-5 et R. 331-7 du Code de la sécurité sociale.

⁴³⁷- Le calcul se fait à partir d'un gain journalier de base, déterminé selon les dispositions des articles R. 323-4 et 8, et R. 362-2 du Code de la sécurité sociale.

⁴³⁸- Avant la date présumée de l'accouchement.

⁴³⁹- Après l'accouchement.

⁴⁴⁰- Ameli, « le congé maternité », Dossier mis à jour le 25 février 2013, disponible en ligne sur le site officiel de l'assurance maladie, <http://www.ameli.fr>. (Consulté le 25-03-2013).

⁴⁴¹- V. art. 30 de la Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, JO le 6 mars 2007.

⁴⁴²- la présence de l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit la grossesse est obligatoire.

⁴⁴³- À noter que la partie reportées ne doit pas dépasser les 3 semaines en maximum, et seules les 3 premières semaines du congé prénatal peuvent être reportées.

Deuxièmement, dans le cas où la salariée, ou le ménage, assume déjà la charge d'au moins deux enfants⁴⁴⁴, la durée du congé maternité indemnisé est portée à 26 semaines. Cette durée comprend un congé prénatal de 8 semaines et un congé postnatal de 18 semaines. Cependant, la période prénatale peut être augmentée, sur demande de l'intéressée, de deux semaines au maximum⁴⁴⁵, et dans ce cas, la période postnatale est réduite d'autant. Aussi bien qu'avec l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit sa grossesse, la salariée enceinte peut reporter une partie⁴⁴⁶ de son congé prénatal après son accouchement. Son congé postnatal sera alors augmenté d'autant.

Troisièmement, dans le cas où la salariée est enceinte de jumeaux, la durée du congé est de 34 semaines dont un congé prénatal de 12 semaines et un congé postnatal de 22 semaines⁴⁴⁷. De même que le cas précédent, et dans les mêmes conditions, la salariée enceinte peut, soit reporter une partie de son congé prénatal après son accouchement, soit augmenter la période prénatale de 4 semaines au plus.

Finalement, dans le cas où la salariée attend des triplés, ou plus, la durée du congé maternité est fixée à 46 semaines. Dans ce cas, la durée du congé prénatal s'élève à 24 semaines, alors que la durée du congé postnatal reste fixée à 22 semaines comme en cas des jumeaux. Enfin, le seul droit de reporter une partie du congé prénatal après l'accouchement, et dans les mêmes conditions indiquées ci-dessus, est applicable.

B. Le congé de paternité.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le père assuré salarié a droit à un congé de paternité⁴⁴⁸ qui lui permet de percevoir, s'il cesse son activité, les indemnités journalières de repos visées par l'article L. 331-3 du code de sécurité sociale. En effet, ce droit ne dépend pas de la situation familiale. Ainsi, les indemnités journalières, en cas de paternité, sont versées que les parents

⁴⁴⁴- les enfants à charge sont déterminés au sens des articles L. 512-4 et L. 521-2 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁵- V. art. L. 331-4 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁶- De même que le cas précédent, la partie reportée ne doit pas dépasser les 3 semaines en maximum, et seules les 3 premières semaines du congé prénatal peuvent être reportées.

⁴⁴⁷- V. art. L. 331-3-2° du Code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁸- Le congé de paternité a été créé par l'article 55 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 relative au financement de la sécurité sociale pour l'année 2002. V. aussi, l'article L. 331-8 du Code de la sécurité sociale ; l'article L. 732-12-1 du Code rural ; et l'article L. 122-25-4 du Code du Travail.

soient mariés, divorcés, unis par un pacte civil de solidarité ou qu'ils vivent maritalement, et que l'enfant soit à la charge effective ou non de son père⁴⁴⁹. En revanche, dans l'hypothèse où le couple pacsé est homosexuel, la compagne de la mère du nouveau-né ne peut bénéficier du congé de paternité, puisque l'article L. 331-8 du Code de la sécurité sociale vise expressément "le père" comme bénéficiaire du dit congé⁴⁵⁰.

La période du congé de paternité indemnisée dépend de la nature de naissance. Elle est de 11 jours en cas de naissance simple et de 18 jours en cas de naissances multiples⁴⁵¹. Ces jours de congé sont consécutifs et doivent donc être pris en une seule fois durant les quatre mois qui suivent la naissance⁴⁵². Toutefois, suite à une hospitalisation de l'enfant dont le séjour se prolonge au-delà des quatre mois suite à la naissance, le père peut reporter son congé à la date de sortie de l'hôpital ou de la clinique⁴⁵³.

Enfin, le congé de paternité peut être modifié en cas de survenue de certains décès. D'une part, en cas du décès de la mère, le père a droit à bénéficier de son congé postnatal. Par conséquent, le délai de quatre mois commence dès la fin du congé postnatal⁴⁵⁴. Ainsi, Le père peut dilater le congé postnatal de 11 jours correspondant au congé de paternité, ou bien prendre ce congé plus tard, à condition que ce soit dans les quatre mois qui suivent. D'une autre part, en cas de décès de l'enfant, le droit du père au congé de paternité n'entre pas en application. En effet, ce droit est ouvert dès lors qu'un acte de naissance a été établi⁴⁵⁵. Ainsi, le fait générateur du congé de paternité étant la naissance d'un enfant.

C. Le congé d'adoption.

À l'occasion de l'accueil dans sa famille d'un enfant, le salarié, que ce soit un homme ou une femme, bénéficie d'un congé d'adoption. Durant toute la durée de ce congé, le bénéficiaire perçoit des indemnités journalières identiques à celles versées en cas de maternité.

⁴⁴⁹ - Circ. min. emploi et solidarité, DSS/2A/638/2001, 24 décembre 2001.

⁴⁵⁰ - TASS Nantes, 20 mars 2006, n° 20401109, L. c/ CPAM Nantes ; JurisData n° 2006-294766.

⁴⁵¹ - Il s'agit de durées maximales, l'assuré pouvant prendre un congé d'une durée inférieure.

⁴⁵² - V. art. D. 122-25 et D. 331-3 du Code du Travail.

⁴⁵³ - V. art. D. 331-3 du code de la sécurité sociale créé par l'art. 2 du D. n° 2001-1352, 28 décembre 2001.

⁴⁵⁴ - V. art. L. 122-26-1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁵⁵ - L. min. DSS/2A, 18 février 2002.

Les bénéficiaires de ce congé peuvent être classés dans trois catégories. Premièrement, il s'agit des femmes assurées à laquelle un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption⁴⁵⁶ a confié un enfant en vue de son adoption⁴⁵⁷. La deuxième catégorie regroupe les femmes assurées titulaires de l'agrément visé aux articles 63 et 100-3 du Code de la famille et de l'aide sociale, quand elles adoptent des enfants par décision de l'autorité étrangère compétente. Et finalement, le père célibataire peut bénéficier de ce congé s'il répond aux conditions requises⁴⁵⁸.

Enfin, le législateur a déterminé la durée du congé d'adoption par 10 semaines à compter, obligatoirement⁴⁵⁹, de la date d'arrivée de l'enfant au foyer. Toutefois, cette durée est prolongée à 18 semaines quand le ménage ou la personne assurée prend à sa charge deux enfants de moins de 16 ans, et à 22 semaines en cas d'adoptions multiples⁴⁶⁰.

⁴⁵⁶ - L'Agence française de l'adoption a été créée par la loi n° 2005-744 du 4 juillet 2005.

⁴⁵⁷ - V. art. L. 331-1, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁵⁸ - L. min. 13 février 1985.

⁴⁵⁹ - « *Le conge doit se situer obligatoirement pendant la période de 10 semaines au plus qui suit l'arrivée de l'enfant au foyer.* » V. Cass. soc., 31 mars 1994, n° 91-20.315 : JurisData n° 1994-000637 ; Bull. civ. V, n° 128.

⁴⁶⁰ - V. art. L. 331-7, Al. 2 et 3, du Code de la sécurité sociale ; art. L. 122-26 du Code du Travail.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.

La dépossession de plus de la moitié de la population libanaise de son droit à la sécurité sociale n'est aujourd'hui plus acceptable. La privation de ce droit, qui a été déclaré comme un droit fondamental de l'homme, a eu des répercussions déplorables sur cette société. De ce fait, une généralisation de la couverture maladie, et notamment celle des frais de soins que représentent les prestations en nature, semble être nécessaire. Elle peut se faire de plusieurs manières. Premièrement, la mise en place d'un système national de protection sanitaire peut assurer cette généralisation. Elle suppose la création d'un nouveau système différent de celui qui est déjà en place, autrement dit de repartir à zéro. Une deuxième méthode est la création d'un système de santé publique, en complément du système actuel, qui va couvrir toutes les personnes non assujetties obligatoirement un autre régime de protection sanitaire. Et enfin, la troisième solution est l'extension de l'assurance maladie maternité obligatoire déjà présente pour englober la totalité de la population. Le législateur libanais a tendance à préférer la première solution puisqu'il considère que la pluralité des acteurs d'assurance-maladie empêcherait une éventuelle extension du système. Cependant, le modèle français est la preuve irréfutable que les peurs du législateur libanais sont infondées. En effet, ce pays a réussi à assurer une couverture maladie à toute sa population, malgré l'échec de sa politique d'unification. Afin d'y parvenir, la France a adopté une politique de généralisation progressive. Ainsi, les différentes catégories socio-professionnelles ont été graduellement assujetties et chaque catégorie était gérée par son propre régime. Cette généralisation a été couronnée, en 2000, par la création de la couverture maladie universelle. Celle-ci concerne toutes les personnes non assurées par l'un ou l'autre des régimes existants. Une telle démarche pourrait potentiellement répondre au problème Libanais. Effectivement, cette solution présente très peu de nuisances puisqu'elle ne suppose pas une réforme complète du système en place. De surcroît, elle ne nécessite ni la création d'une nouvelle loi relative à la sécurité sociale, ni le changement de celle qui est déjà instauré. La loi initiale avait auparavant prévu l'extension de la couverture sur la base du statut socio-professionnel des citoyens.

**DEUXIÈME PARTIE : LE MODE DE FINANCEMENT
ADAPTÉ À LA GÉNÉRALISATION DE LA
COUVERTURE « MALADIE-MATERNITÉ ».**

Il est devenu clair que les deux systèmes étudiés, français et libanais, ont le même objectif, celui de faire bénéficier à toute la population d'un système de sécurité sociale, et d'instaurer par conséquent, une couverture maladie universelle. Cet objectif, bien qu'il ait été atteint en France, s'est heurté à un obstacle qui a empêché sa réalisation au Liban.

Afin d'éclaircir cette divergence, il convient de chercher la nature de cet obstacle et de trouver le moyen de le dépasser. À cet égard, plusieurs questions se posent : S'agit-il d'un défaut au niveau des textes libanais ? Existe-t-il un problème au niveau de l'organisation structurelle du système ? Ou serait-on face à un autre dysfonctionnement ?

On a pu démontrer, dans la première partie de cette thèse, que les textes qui définissent les champs d'application des systèmes libanais et français de sécurité sociale sont très convergents. En effet, les articles 9, 10 et 12 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale déterminent l'assujettissement de toute la population au système selon trois étapes⁴⁶¹. Ainsi, ce ne serait pas une absence de textes qui empêcherait l'application d'une couverture maladie-maternité universelle.

En ce qui concerne l'organisation structurelle du système libanais, plusieurs voix⁴⁶² demandent l'application d'une politique d'unification du système de la sécurité sociale. En fait, la multiplication des régimes qui assurent les libanais contre les risques sociaux⁴⁶³ serait, pour certains, l'obstacle essentiel qui rend l'objectif désiré inapplicable. Toutefois, l'échec d'unification⁴⁶⁴ du système français de sécurité sociale n'a pas empêché la France de couvrir toute sa population contre les risques sociaux.

⁴⁶¹ - V. *Supra*. p. 71.

⁴⁶² - Comité du budget et des finances, « trois recommandations : Unification du système de sécurité sociale, modification de l'organisation de l'université libanaise, et distribution des fonds aux municipalités », journal Al-moustakbal, jeudi 29 août 2010, n° 3745, p. 6. Disponible en ligne sur : www.almustaqbal.com (consulté le 27-05-2012) ; Al-sayad, « Interview avec le ministre de la santé Ali Hassan KHALIL », journal Al-sayad, 24 mai 2013. Disponible en ligne sur : <http://al-sayad.com> (consulté le 27-05-2013) ; SHATAH Mouhammad, « l'unification du système de sécurité sociale: un objectif essentiel pour l'État », Réseau des médias arabe, 10 janvier 2009. Disponible en ligne sur : <http://ww.lahona.com> (consulté le 27-05-2013) ; MOUHANNA Kamel, « la sécurité sociale : réalité et solutions », Association médicale au Liban, Beyrouth, 12 décembre 2003. Disponible en ligne sur : <http://www.amelassociation.org> (consulté le 27-05-2013) ; ALAWY Mouhira, « Faites service aux assurés et Unifiez le système d'assurance », journal Al-bayan, n° 89, 27 mai 2013. Disponible en ligne sur : <http://www.albayanlebanon.com> (consulté le 27-05-2013).

⁴⁶³ V. *Supra*. p. 90.

⁴⁶⁴ - V. *Supra*. p. 124.

Par ailleurs, le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale au Liban, Mohammad KARAKI, a annoncé, à la fin de l'année 2012, que chaque catégorie de la population libanaise peut être assujettie au régime de sécurité sociale, à condition qu'elle assure elle-même son équilibre financier⁴⁶⁵. Ainsi, c'est un obstacle financier qui fait face à la généralisation de la sécurité sociale au Liban. Ainsi, une étude comparative des modes de financement de la sécurité sociale adoptés au Liban et en France pourra se trouver utile dans la recherche de solutions au problème libanais.

À l'origine, les deux systèmes avaient le même mode de financement, celui des cotisations sociales (Titre 1). En effet, la France et le Liban ont inspiré leurs systèmes de sécurité sociale dans les lois bismarckiennes. Dans un système bismarckien de sécurité sociale, visant les seuls salariés, « *les cotisations sont le mode normal de financement d'assurances sociales à assise professionnelle : tant les cotisations que les prestations sont proportionnelles au salaire* »⁴⁶⁶. La France, s'est plus tard orientée vers une politique de généralisation de la sécurité sociale. Et les recettes traditionnelles issues des cotisations professionnelles se sont avérées insuffisantes⁴⁶⁷ pour la réalisation de cet objectif. Elles ont dû être complétées par d'autres sources de financement. Ainsi, le système français a eu recours à la fiscalisation comme mode de financement supplémentaire de la sécurité sociale (Titre 2).

Cette nouveauté a été inspirée par la logique du système beveridgien qui assure des prestations universelles financées par les impôts. Désormais, les ressources de la sécurité sociale en France « *se sont considérablement diversifiées* »⁴⁶⁸. Après s'être reposé pendant un long moment, presque exclusivement⁴⁶⁹, sur les cotisations professionnelles, le financement de la sécurité sociale française se base aujourd'hui, en plus sur les impôts d'une façon qui n'est plus du tout négligeable.

Enfin, il faut bien noter que chaque branche du système de sécurité sociale bénéficie d'une autonomie financière. Dans ce qui suivra, nous nous intéresserons plus particulièrement au financement de la branche maladie-maternité.

⁴⁶⁵ - v. interview avec le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale au Liban, Dr. Mouhammad KARAKI, présentée par Nikola Hanna sur télé Liban, datée le 31-12-2012. Disponible en ligne sur le site officiel de la CNSS au Liban: <http://www.cnss.gov.lb/>. (Consultée le 27-05-2013).

⁴⁶⁶ - MATT Jean-Luc, *La sécurité sociale : organisation et financement*, L.G.D.J, Paris, 2001, p. 114.

⁴⁶⁷ - Compte tenu du grave déficit des comptes sociaux.

⁴⁶⁸ - BADEL Maryes, *Op.cit.* Ellipses, 2007, p. 137.

⁴⁶⁹ - LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, puf, 2005, p. 443.

Titre 1 : Les cotisations sociales : un mode de financement d'un système professionnel.

La notion de cotisation sociale ne possède pas une définition juridique précise⁴⁷⁰. Toutefois, on peut distinguer la cotisation sociale des autres prélèvements obligatoires d'une part et des primes d'assurance d'autre part.

Les cotisations sociales se caractérisent par le fait qu'elles constituent la contrepartie des prestations servies par le système. En absence de ces prestations, dans le cas où le risque assuré ne se réalise pas, les cotisations sociales constituent toujours une contrepartie, mais en ce cas-là, de la sécurité elle-même assurée par le système contre les éventualités de la vie. La présence d'une contrepartie donne aux cotisations sociales une caractéristique qui les distingue des autres prélèvements obligatoires. En effet, les versements effectués au profit des administrations publiques ne font pas appel à une telle contrepartie immédiate, directe et individualisable.

De même, les cotisations sociales ne peuvent pas être considérées comme des primes d'assurance. Ces dernières sont calculées effectivement par rapport à l'évaluation d'un certain risque, alors que les cotisations sociales dépendent uniquement des revenus de la personne affiliée. En plus, dans une relation assurantielle du droit privé, si l'assuré ne paie pas les primes, cela peut aboutir à la rupture du contrat d'assurance et la fin des obligations de l'assureur⁴⁷¹. Cela n'est pas le cas dans une relation d'affiliation à un régime de sécurité sociale, si les conditions de temps concernant les droits aux prestations sont remplies. Toutefois, une distinction entre les cotisations sociales et les primes d'assurance privée ne peut pas se réaliser en se basant sur le caractère obligatoire des cotisations, puisqu'il existe aussi des assurances privées obligatoires, comme par exemple l'assurance automobile⁴⁷².

À l'origine, le chancelier Bismarck a voulu fournir une protection contre les risques sociaux aux seuls salariés en créant l'assurance sociale⁴⁷³. Cet objectif bismarckien a conduit l'Allemagne à connaître un système professionnel proprement dit. Un tel système, du fait

⁴⁷⁰- TSANTILAS Petros, *Les modes de financement de la sécurité sociale*, Thèse, université de Paris X-Nanterre, 2001, p. 190.

⁴⁷¹- V. C. assur., art. L. 113-3, modifié par loi n° 2013-504 du 14 juin 2013.

⁴⁷²- V. C. assur., art. L. 211-1, modifié par loi n° 2007-1774 du 17 décembre 2007.

⁴⁷³- V. *Supra*. p. 30.

qu'il était visé aux salariés, et qu'il offrait des prestations proportionnelles à leurs revenus, doit être obligatoirement financé en partie par les salaires. Pour cela, les cotisations sociales ont été adoptées afin de financer ce système dit « professionnel ».

Vu que les systèmes de sécurité sociale créés en France et au Liban sont à l'origine dérivés du même concept bismarckien, les cotisations sociales ont aussi été adoptées comme mode de financement de ces deux systèmes, ne couvrant à l'origine que les salariés. Actuellement, le mode de financement par cotisation est généralisé aux différentes catégories professionnelles couvertes en France comme au Liban (chapitre 1). En effet, le Liban a conservé jusqu'aujourd'hui, malgré son objectif de généralisation de la couverture, tous les principes de financement par les cotisations sociales adoptés dès la création du système de sécurité sociale. Cependant, plusieurs modifications ont été mises en place en France, afin d'ajuster ce mode de financement à la politique de généralisation, surtout en matière d'assurance maladie-maternité (chapitre 2).

Chapitre 1 : La généralisation du mode de financement par cotisation.

Les cotisations sociales représentent, à l'origine, le mode de financement des régimes des salariés (section 1). Toutefois, ce mode de financement a été transporté pour financer l'assujettissement des autres catégories professionnelles (section 2).

Section 1 : Les cotisations sociales des régimes des salariés.

Les cotisations sociales des régimes des salariés⁴⁷⁴ qui affectent la branche d'assurance maladie-maternité, ont pour but de financer les prestations assurées, qu'elles soient des prestations en nature ou en espèce. Le calcul de ces cotisations se fait par l'application d'un taux de cotisation uniforme et partagé entre les salariés et les employeurs, (paragraphe 2) sur une assiette de cotisation étendue (paragraphe 1).

Paragraphe 1 : Une assiette des cotisations étendue.

Le législateur français détermine l'assiette des cotisations de la sécurité sociale pour les salariés en se basant sur la notion de rémunération. Cette notion est plus souple et plus extensive que celle de salaire. Ainsi, *« pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers de pourboire »*⁴⁷⁵.

Le texte libanais relatif à la définition de l'assiette de cotisation adopte la même perspective française en cette matière. Selon l'article 68, paragraphe 1 de la loi libanaise relative à la

⁴⁷⁴- Les cotisations des salariés agricoles sont en matière de taux et d'assiette identiques à celle du régime générale. V. LABORDE Jean-Pierre, Op.cit, Paris, 2005, p. 533.

⁴⁷⁵- V. l'art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

sécurité sociale, « *le Gain servant de base au calcul des Cotisations, comprend : le Revenu total résultant du Travail, y compris tous les éléments et compléments et, notamment, l'indemnité des heures supplémentaires payée habituellement, et les rétributions versées habituellement par des tiers (pourboires) ainsi que les avantages en nature* ».

La formulation des textes français et libanais est très large. De nombreux éléments marquants l'extension⁴⁷⁶ sont utilisés pour déterminer l'assiette des cotisations. En effet, on peut regrouper les éléments qui constituent le fait générateur des cotisations sous deux grandes catégories : les avantages en argent (A) et les avantages en nature (B).

A. Les avantages en argent.

Plusieurs avantages en argent peuvent être versés aux salariés. Certains d'entre eux sont inclus dans l'assiette des cotisations(1) puisqu'ils sont payés à l'occasion du travail. D'autres sont exclus de l'assiette des cotisations (2) parce qu'ils ne constituent pas une contrepartie du travail.

1. Les montants inclus dans l'assiette de cotisation.

Les montants versés à un salarié et qui sont inclus dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale sont les salaires et assimilés (a), ainsi que les indemnités et assimilés (b). Ces avantages en argent constituent l'élément essentiel de l'assiette des cotisations.

a. *Les salaires et assimilés.*

Les cotisations de sécurité sociale sont dues, en premier lieu, sur le salaire de base (i). En outre, plusieurs autres montants pouvant être versés aux salariés sont assimilés (ii) au salaire et sont frappés par les cotisations de la sécurité sociale.

⁴⁷⁶- « *L'adverbe notamment annonçant comme on le sait des exemples parmi d'autres, sans aucune volonté de limitation* ». V. LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, Paris, 2005, p. 446.

i. Le salaire de base.

C'est le salaire fixé par le contrat du travail. Il est défini comme étant la somme d'argent remise au salarié et qui représente le prix de sa force de travail. Ainsi, il constitue la contrepartie nécessaire de la relation de travail.

Certes, les parties contractantes ont la liberté de fixation du salaire de base lors de l'embauche, durant la vie et la fin du contrat du travail. Cependant, ils doivent respecter le SMIC⁴⁷⁷, le salaire minimum conventionnel⁴⁷⁸ et la rémunération minimum mensuelle⁴⁷⁹.

En outre, les rappels et les majorations de salaires ont la même nature juridique que le salaire lui-même. Par conséquent, ils sont effectivement soumis à la cotisation de la sécurité sociale.

ii. Les montants assimilés à un salaire.

Plusieurs avantages en nature sont considérés comme assimilés au salaire. Ils font partie, bien évidemment, de l'assiette des cotisations indépendamment du fait qu'ils représentent le seul revenu du salarié ou un revenu complémentaire.

- La rétribution des heures supplémentaires.

Selon le code de travail français, les heures supplémentaires sont celles effectuées par le salarié à la demande de l'entreprise au-delà de la durée légale du travail⁴⁸⁰. Depuis le 1^{er} septembre 2012, la rémunération des heures supplémentaires est intégralement soumise aux

⁴⁷⁷ - Le SMIC est fixé en France par les articles L. 3231-1 à L. 3231-12 du Code du travail et révisé par un décret une fois par an, et au Liban par les articles 44 à 46 du code du travail. En 2013 le smic en France est fixé à 1 430,22 € bruts mensuels et au Liban à 675 000 L.L bruts mensuels (soit 335 euros). V. Décret n° 2012-1429 du 19 décembre 2012 portant relèvement du salaire minimum de croissance en France, JO n°0297 du 21 décembre 2012 p. 20223 ; v. décret n° 7426 du 27 janvier 2012 portant relèvement du salaire minimum de croissance au Liban.

⁴⁷⁸ - C'est le Salaire minimum applicable à un salarié compte tenu de sa position dans la classification de son emploi prévue par la convention collective appliquée.

⁴⁷⁹ - C'est le fait d'assurer un salaire minimum aux salariés en cas de réduction d'horaire.

⁴⁸⁰ - La durée légale du travail en France est déterminée à 35 heures hebdomadaires ou 1607 heures annuelles. V. l'article L3121-1 du code du travail français.

cotisations salariales⁴⁸¹. Avant cette date, un dispositif d'allégement de cotisations y a été appliqué par la loi « TEPA » du 21 août 2007⁴⁸². Cependant, Seule l'exonération partielle des cotisations sociales à la charge de l'employeur⁴⁸³ est maintenue, et uniquement dans les entreprises de moins de 20 salariés⁴⁸⁴.

En revanche, le sujet des heures supplémentaires au Liban⁴⁸⁵ n'a pas été traité de la même façon qu'en France. En fait, la jurisprudence libanaise distingue entre la rétribution des heures supplémentaires payée occasionnellement au salarié et celle payée de façon continue et régulière. Elle considère, effectivement, que seule cette dernière fait partie du salaire de base adopté pour le calcul des indemnités de licenciement et de fin de service⁴⁸⁶. Une telle décision semble s'inscrire dans la logique de la jurisprudence libanaise puisque ces indemnités sont calculées par la multiplication du dernier salaire par le nombre d'années de travail. Alors, ce salaire de base ne peut pas comprendre des rétributions d'un travail qui n'est pas caractérisé par la continuité et la régularité.

Cette jurisprudence avait des effets sur la détermination du salaire de base imposable adopté pour le calcul de la cotisation de sécurité sociale au Liban. Ainsi, le premier paragraphe de l'article 68 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale précise que seule la rétribution des heures supplémentaires « *payée de façon habituelle* » fait partie du salaire imposable.

Toutefois, l'adaptation de cette jurisprudence en matière des cotisations se révèle problématique. Les bases du calcul des cotisations sociales ne sont pas les mêmes que celles

⁴⁸¹ - V. l'article 3 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012, JO n° 0190 du 17 août 2012 p. 13479.

⁴⁸² - V. La loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi "TEPA"(Journal Officiel 22 Aout 2007).

⁴⁸³ - Pour plus de précision sur ce sujet V. Circulaire du 5 février 2008 : "questions-réponses" concernant la réduction de cotisations sociales en cas d'heures supplémentaires ou complémentaires ; Circulaire du 27 novembre 2007 relative à la réduction de cotisations sociales en cas d'heures supplémentaires ou complémentaires ; Circulaire du 1er octobre 2007 relative à la réduction de cotisations sociales en cas d'heures supplémentaires ou complémentaires.

⁴⁸⁴ - V. Direction de l'information légale et administrative, « L'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires s'applique uniquement aux PME », Publié le 27/09/2012, disponible en ligne sur : <http://www.service-public.fr>, site officiel de l'administration française. (Consulté le 13/11/2012).

⁴⁸⁵ - L'article 31 du code de Travail libanais a fixé la durée maximale légale du travail à 48 heures par semaine civile. Cependant, cette durée peut être allongée, jusqu'à 12 heures par jour, dans des cas exceptionnels et urgents. Le salaire payé pour le travail effectué pendant les heures supplémentaires est supérieur à 50% du salaire fixé pour les heures normales de travail.

⁴⁸⁶ - V. la note d'information n° 2 du 16/12/1965, l'encyclopédie juridique libanaise, tome 3.

utilisées pour le calcul des indemnités de fin de service et de licenciement. En effet, la rétribution des heures supplémentaires représente la contrepartie d'un travail exécuté par le salarié. Et par ce, elle a les mêmes caractéristiques qu'un salaire supplémentaire et doit être prise en compte dans le calcul des cotisations de sécurité sociale. Cette hypothèse coïncide avec le texte du paragraphe 1 de l'article 68 de loi libanaise relative à la sécurité sociale qui définit le salaire de base imposable comme étant « *le total du revenu qui résulte du travail* ». Ainsi, l'abandon de l'expression « payée de façon habituelle » semble nécessaire au vu de cette logique.

- les indemnités de congés annuels payés.

L'article 39 du code du travail libanais stipule que : « *Tout salarié employé dans un établissement depuis un an au moins a droit à un congé annuel de quinze jours avec plein salaire* ». Dans le même sens, les articles 223-1 et suivants du code du travail français donnent droit à un congé annuel payé⁴⁸⁷.

Souvent, le salarié profite de son congé annuel, durant lequel la relation contractuelle entre ce dernier et son employeur persiste. Ainsi, il bénéficie d'une indemnité égale à son plein salaire. Cette indemnité a la même qualité qu'un salaire imposable en matière de sécurité sociale et elle est prise en compte pour le calcul de la cotisation.

En outre, dans le cas où le salarié ne profite pas de son congé annuel, pour une raison ou une autre, il bénéficie, aussi, d'une indemnité équivalente à son salaire. Il s'agit dans ce cas d'une indemnité compensatrice de congés payés. Elle est allouée aux salariés qui n'ont pas pu prendre leur congé ou qui quittent leur travail; aux salariés qui partent en expatriation ou en reviennent⁴⁸⁸; aux salariés dont le contrat de travail se trouve suspendu en raison de maladie⁴⁸⁹; aux ayants droit d'un salarié décédé avant la date de son congé⁴⁹⁰. En matière de cotisations sociales, l'indemnité compensatrice suit le même régime que l'indemnité de

⁴⁸⁷ - La durée du congé acquis est de 2 jours et demi ouvrables par mois de travail. Il s'agit de jours ouvrables, c'est-à-dire que les dimanches et les jours fériés chômés dans l'établissement ne sont pas décomptés. Ainsi, un jour férié compris dans la période du congé tombant un jour de la semaine, prolonge la durée du congé d'un jour. V. Cass. soc. 20 octobre 1998, n°96-17652.

⁴⁸⁸ - Cass. 2e civ., 25 mai 2004, n° 02-31.083.

⁴⁸⁹ - Cass. soc., 26 nov. 1969 : Bull. civ. 1969, IV, n° 642.

⁴⁹⁰ - Cass. soc., 28 mars 1979 : Bull. civ. 1979, V, n° 285.

congés payés⁴⁹¹. Ainsi, elle fait partie du salaire imposable adopté pour le calcul de la cotisation de sécurité sociale.

- Les indemnités payées pour les jours fériés

Il existe, en France comme au Liban, un certain nombre de jours fériés⁴⁹². Il s'agit des jours de fête civile ou religieuse, ou commémorant un événement. Toutefois, il faut distinguer selon entre les jours obligatoirement chômés et ceux qui ne le sont pas.

Au Liban, deux jours fériés sont considérés par des lois comme des jours obligatoirement chômés et payés. Ainsi, les lois du 30 avril 1959 et du 21 novembre 1963 ont déterminé consécutivement le premier mai de chaque année comme étant la fête du travail, et le 22 novembre, le jour de l'indépendance. Par conséquent, les salariés au Liban sont engagés à ne pas travailler ces deux jours, à l'exception de ceux qui sont obligés de travailler conformément à la nature de leur travail. Par ailleurs, le 1^{er} mai est le seul jour férié obligatoirement chômé⁴⁹³ et payé⁴⁹⁴ en France.

En principe, le repos n'est pas obligatoire hors de ces jours précités. Les employeurs peuvent imposer à leurs employés de travailler durant les autres jours fériés. En conséquence, le refus de travailler constitue une absence irrégulière permettant à l'employeur d'opérer une retenue de salaire corrélative aux heures non travaillées⁴⁹⁵. Cependant, les contrats du travail comportent, parfois, des clauses qui donnent aux salariés le droit à un repos payé dans des jours fériés non obligatoires.

Les montants payés aux salariés pendant les jours fériés, considérés comme chômés, que ce soit en appliquant la loi ou le contrat de travail, sont versés sous forme d'une indemnité équivalente à leur salaire. Cette indemnité a la même nature juridique qu'un salaire même si

⁴⁹¹- V. COLBEAUX Véronique, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Cotisations de sécurité sociale. – Assiette : salaires et assimilés », JurisClasseur Protection sociale Traité, 14 Juin 2010. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>. (Consulté le 28-10-2013). V. aussi l'article premier du régime libanais de cotisations.

⁴⁹²- V. l'article L. 3133-1 du code du travail français; et au Liban le décret n° 35 du 21/2/1977 modifié par le décret n° 2512 du 15/6/1985.

⁴⁹³- V. art. L. 3133-4 du code du travail français.

⁴⁹⁴- V. art. L ; 3133-5 du code du travail français.

⁴⁹⁵- Cass. Soc., 3 juin 1997.

elle n'est pas payée en contrepartie d'un travail effectif. Par conséquent, elle fait partie du salaire imposable en matière de sécurité sociale.

- Les participations aux bénéfices.

Certains salariés sont payés sous forme d'une part de bénéfices réalisés par l'entreprise où ils travaillent. Ce mode de rémunération est employé pour encourager les salariés à être plus productifs dans leur travail. Les sommes versées à ce titre font partie effectivement de l'assiette des cotisations au Liban, alors qu'elles sont généralement exonérées en France⁴⁹⁶.

En effet, les participations aux bénéfices sont exonérées des cotisations sociales en France. Cela, lorsqu'elles ne se substituent à aucun élément du salaire, qu'elles relèvent d'un mode de rémunération collective des salariés, sans prise en considération des performances individuelles, et qu'elles aient un caractère aléatoire⁴⁹⁷.

Cependant, le législateur libanais a explicitement déclaré que le salaire peut être « *payé en part de bénéfice* »⁴⁹⁸. Cette méthode de rémunération ne transforme pas, à tout moment, le salarié en partenaire même si elle représente son seul revenu de travail. Ainsi, ce dernier garde le statut de salarié tant qu'il existe un lien de subordination, ou une relation de dépendance, entre son employeur et lui. À cet égard, les participations aux bénéfices sont considérées comme un véritable salaire puisqu'elles représentent la contrepartie du travail exécuté. Sous ce critère, elles sont assujetties à l'imposition en matière de sécurité sociale au Liban.

Ce mode de rémunération pose le problème du calcul des cotisations sociales dans le cas où l'entreprise ou la société ne fait pas de bénéfice. Pour cela, les contrats de travail qui adoptent un tel mode de rémunération donnent aux salariés un droit au salaire minimum, déterminé par le Code de travail, dans le cas où aucun bénéfice ne se réalise par leur établissement⁴⁹⁹.

⁴⁹⁶- V. l'article L.442-8 du code du travail : « *les sommes revenant aux salariés au titre de la participation obligatoire ne sont pas prises en considération pour l'application de la législation de la sécurité sociale* ».

⁴⁹⁷- LABORDE Jean-Pierre, Op.cit, puf, 2005. p 453.

⁴⁹⁸- l'article 1^{er} de la loi libanaise du 23 septembre 1946 portant Code du travail, modifiée au 31 décembre 1993 et au 24 juillet 1996.

⁴⁹⁹- CHOUFANI NAJI, *les bénéficiaires de la sécurité sociale libanaise : les ressources financières-les cotisations*, Tome 3, 1991, p. 87.

Conséquemment, le salaire minimum devient le revenu imposable adopté pour le calcul de la cotisation.

Dans certains cas, les participations aux bénéfices représentent pour les salariés une rémunération complémentaire à leur salaire de base fixe. Dans cette circonstance, on ajoute le pourcentage de bénéfice au salaire de base fixe du salarié. Et par suite, les participations aux bénéfices rentrent dans l'assiette de cotisations.

- La commission.

La commission est une somme d'argent qui peut être versée à un intermédiaire pour avoir mis en contact un vendeur et un acheteur sur un marché. Il s'agit, normalement, d'un pourcentage de la valeur de l'affaire conclue. Cette commission peut être le seul salaire de l'intermédiaire, ou constituer un salaire complémentaire à son salaire de base fixe.

Il convient de souligner que les participations aux bénéfices se distinguent de la commission par le fait que le versement de cette dernière n'a aucun rapport avec la réalisation d'un gain. C'est le travail exécuté par l'intermédiaire pour conclure une affaire entre le vendeur et l'acheteur qui se prend en compte. Ainsi, la commission peut être considérée, pour le salarié, plus sécurisée que la participation aux bénéfices.

Le législateur a considéré la commission comme étant un véritable salaire⁵⁰⁰, en raison de quoi elle est soumise aux cotisations de sécurité sociale⁵⁰¹.

- Les rétributions versées par des tiers (les pourboires).

Dans certaines professions, les salariés perçoivent des sommes, au titre de pourboires, des clients avec lesquels ils sont en contact dans l'exercice de leurs fonctions. Ces sommes bien

⁵⁰⁰- V. article 9 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale, « ... même si ce gain ou salaire est payé en totalité ou en partie sous forme de commission... » ; Dans le même sens v. l'article 51 de la même loi et l'article 1 du régime des cotisations au Liban.

⁵⁰¹- V. Code de sécurité sociale français, art. L. 242-1

qu'elles soient payées par un tiers⁵⁰², constituent en matière de sécurité sociale un salaire soumis à cotisation⁵⁰³. En effet, elles sont ajoutées à la rémunération contractuelle. Par ailleurs, elles peuvent être la seule contrepartie touchée par le salarié à condition que leur montant ne soit pas inférieur au salaire minimum fixé par le code de travail⁵⁰⁴.

Concrètement, les pourboires ne peuvent pas être toujours évalués et assujettis par conséquent, aux cotisations de la sécurité sociale. Cela dépend de la façon dont le salarié s'en procure ; en effet, ils sont soit centralisés puis répartis par l'employeur, soit versés directement aux travailleurs, soit répartis par un préposé du personnel⁵⁰⁵.

Dans le premier cas, l'évaluation des pourboires est toujours réalisable, et ces derniers s'ajoutent à la rémunération soumise aux cotisations de sécurité sociale. Ainsi, les sommes payés à titre de pourboires sont clairement indiquées dans la facture soumise aux clients sous forme d'un pourcentage, et ils doivent être intégralement versés au personnel en contact avec la clientèle⁵⁰⁶.

Dans le deuxième cas, les pourboires sont versés directement aux employés ou répartis entre eux selon des modalités généralement ignorées par l'employeur. Ainsi, la détermination des sommes payés à titre de pourboire semble être impossible. En conséquence, les cotisations sont assises sur la seule rémunération des intéressés en excluant les pourboires⁵⁰⁷. Cependant, lorsque le montant des pourboires versés directement à chacun des salariés est connu par l'employeur, les sommes perçues doivent être rajoutées à l'assiette des cotisations⁵⁰⁸.

⁵⁰²- c'est une personne qui ne fait pas partir du contrat du travail.

⁵⁰³- En vertu des articles 9, 68 et 72 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale, le salaire peut être payé, partiellement ou en entier, par des tiers. De même, l'article L. 242-1 du code français de la sécurité sociale stipule que « les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire » sont soumises aux cotisations.

⁵⁰⁴- À défaut de quoi, l'employeur est obligé de payer la différence pour atteindre le SMIC.

⁵⁰⁵- V. COLBEAUX Véronique, *Op.cit*, JurisClasseur Protection sociale Traité, 14 Juin 2010. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>. (Consulté le 30-10-2013). V. aussi dans le même sens : CHOUFANI NAJI, *Op.cit*, 1991, p. 129 ; MANSOUR Mohammed Hussein, *Le droit du travail au Liban et en Égypte*, 1995, p. 185 ; KIRAH Hassan, *Les principes du droit du travail- le contrat du travail*, troisième édition, 1983, p. 524.

⁵⁰⁶- V. Code du travail, art. L. 147 et R. 147-1 ; cass. Soc. 6 mai 1998 : jurisData n° 1998-002066 ; Bull. civ. 1998, n° 227 ; cass. soc., 18 juillet 2001 : Bull. civ. 2001, n° 277 ; cass. Soc., 29 juin 2004, n° 03-30.088 : jurisData n° 2004-024355.

⁵⁰⁷- cass. Soc. 5 mars 1969, n° 67-12.990 : Bull. civ. 1969, v. p. 315.

⁵⁰⁸- cas. Soc. 10 juin 1970 : Bull. civ. 1970, v. n° 873 ; cass. soc. 27 avril 1982 : jurisData n° 1982-701510.

b. Les indemnités et assimilés.

Les salariés touchent différents avantages en argent autre que leur salaire. Il s'agit des indemnités, gratifications et primes. Ces avantages sont inclus dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale à condition qu'ils soient payés en contrepartie ou à l'occasion d'un travail exécuté⁵⁰⁹. Toutefois, l'inclusion est écartée lorsque ces derniers sont payés en guise de remboursement de dépenses effectuées par le salarié pour le compte de l'établissement⁵¹⁰.

En effet, c'est en vertu des contrats de travail et des conventions collectives que les indemnités, gratifications et primes soient considérés comme compléments du salaire devant être imposables. Par ailleurs, ils peuvent avoir cette qualification, lorsque leur versement résulte d'un usage⁵¹¹ répondant à des caractères de généralité⁵¹², constance⁵¹³ et fixité⁵¹⁴.

2. Les montants exclus de l'assiette des cotisations.

Certes, le législateur a donné une définition large à la notion de rémunération constituant l'assiette des cotisations de la sécurité sociale. Cependant, tous les avantages en argent versés aux salariés ne rentrent pas systématiquement dans cette assiette. Ainsi, en plus des sommes versées par le système de sécurité sociale, qui seront évidemment exclus du calcul de l'assiette(a), certains avantages en argent payés par l'employeur ne rentreront pas non plus dans ce calcul(b).

⁵⁰⁹- v. l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale français ; l'article premier du régime des cotisations de la sécurité sociale au Liban.

⁵¹⁰- V. CHOUFANI NAJI, *Op.cit*, 1991, p. 129 ; DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, p. 833.

⁵¹¹- La jurisprudence définit l'usage comme : « *une pratique habituellement suivie dans l'entreprise, constitutive d'un avantage supplémentaire par rapport à la loi, la convention collective ou le contrat de travail, accordée aux salariés ou à une catégorie d'entre eux* ». V. Cass. soc., 16 mars 1989, n° 86-41.619.

⁵¹²- c'est-à-dire que l'avantage est accordé soit à tous les salariés, soit au moins à une catégorie d'entre eux. V. Cass. soc., 27 mai 1987, n° 82-42.115.

⁵¹³- Ce qui suppose que la règle est en vigueur depuis une certaine durée avec une répétition dans son application.

⁵¹⁴- Ce qui implique que l'usage est déterminé selon des règles préétablies et précises. C'est-à-dire que l'avantage doit présenter une certaine fixité tant dans les conditions auxquelles les salariés peuvent y prétendre que dans ses modalités de calcul.

a. *Les sommes versées par le système de sécurité sociale.*

Les branches de la sécurité sociale assurent aux bénéficiaires du système des prestations en espèce. En effet, on distingue entre deux types de prestations pouvant être versés au salarié durant sa période de travail. Il s'agit, d'une part, des indemnités payées en cas de maladie, maternité et accidents de travail (i) ; et d'autre part, des allocations familiales (ii). Ces deux avantages en argent se distinguent par le fait que les premiers se substituent au salaire, alors que les seconds sont payés en supplément.

i. Les indemnités payées en cas de maladie, maternité et accidents de travail.

Suite à une maladie, maternité ou un accident de travail empêchant le salarié d'exécuter son travail, une indemnité lui sera versée. Ce montant est payé au salarié sans que ce dernier accomplisse un travail en contrepartie. Il s'agit d'une somme qui remplace le salaire dû au salarié si ce dernier pouvait accomplir son travail. À cet égard, La question qui se pose est de savoir si cette somme remplaçant le salaire peut être imposable en matière de cotisations sociales ou pas. Et afin d'y répondre, on cherche à identifier la personne à laquelle se pose la charge de paiement de l'indemnité.

En France, c'est le système de sécurité sociale qui assure des prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières en cas de « non-exécution » du travail suite à une maladie, maternité ou accident du travail⁵¹⁵. La logique consiste à ne pas imposer des montants qui sont à l'origine payés par la caisse de sécurité sociale elle-même⁵¹⁶. Cependant, il est possible que l'employeur avance, directement ou bien pour son compte via un tiers⁵¹⁷, des indemnités supplémentaires à celles payées par la caisse de sécurité sociale. Dans ce cas, il s'agit d'un montant qui rentre dans le calcul de l'assiette des cotisations⁵¹⁸.

En revanche, on a vu, dans la première partie de cette thèse, que la branche d'accident du travail et les prestations en espèce de la branche d'assurance maladie-maternité, au Liban,

⁵¹⁵- V. *Supra.* p. 158.

⁵¹⁶- CHOUFANI NAJI, *Op.cit.*, 1991, p. 82.

⁵¹⁷- Les compagnies d'assurance privées paient ces indemnités dans le cas de l'existence d'un contrat d'assurance souscrit par l'employeur en faveur de ces employés.

⁵¹⁸- V. le décret français n° 71-1108 du 30 décembre 1971(organisation de la sécurité sociale) modifiant le premier paragraphe de l'article 145 du décret 461378 du 8 juin 1946 (bases des cotisations de sécurité sociale).

n'ont pas été mises en vigueur jusqu'à ce jour⁵¹⁹. De ce fait, le montant payé durant la période de rupture du travail pour cause de maladie, maternité ou d'accident du travail est soumis aux dispositions du Code de Travail. Ainsi, c'est l'employeur qui prend en charge le paiement de l'indemnité en la matière. Cette indemnité est considérée comme étant un salaire assimilé et rentre par conséquent dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale.

iii. Les allocations familiales.

Les allocations familiales font partie des prestations de sécurité sociale accordées aux personnes bénéficiaires de la branche des allocations familiales.

Ces allocations présentent un caractère spécial qui les diffère des autres prestations assurées par le système de sécurité sociale. Elles sont destinées à venir en aide au chef de famille afin de faire face aux fardeaux résultant du fait d'avoir des enfants, un conjoint ou toute autre personne à sa charge. En revanche, les autres prestations de la sécurité sociale sont accordées afin d'indemniser les pertes subies par les bénéficiaires suite à une maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle.

En France comme au Liban, et depuis l'application de la branche des allocations familiales, on a considéré que les indemnités versées par cette branche sous forme d'allocation ne font pas partie de la rémunération de l'employé⁵²⁰. Ainsi, les allocations familiales ne rentrent pas dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale.

Cependant, les allocations familiales payées par l'employeur, supplémentaires à celles prévues par la loi relative à la sécurité sociale, font partie du revenu de travail à condition qu'elles soient permanentes. Celles-ci ne doivent pas être payées occasionnellement ou exceptionnellement. Et c'est uniquement dans ce cas que les allocations familiales sont imposables.

⁵¹⁹- V. *Supra*. p. 70.

⁵²⁰- V. décret n° 3216 du 11/12/1965 relative à l'application de la branche des allocations familiales au Liban ; v. aussi Conseil arbitral du travail au Liban, Beyrouth, n° 660, du 16/01/1970, Al-Adel, n°3, 1971, p. 469. V. aussi l'article L242-1 du code de la sécurité sociale en France.

b. Les sommes versées par l'employeur.

Certaines sommes versées par l'employeur sont exonérées des charges sociales. Il s'agit tout d'abord des indemnités ayant pour objet de compenser un préjudice, ainsi que les remboursements de frais professionnels. Ces sommes ne constituent pas des gains puisqu'il ne s'agit que de rembourser une dépense ou de réparer un préjudice⁵²¹. Par conséquent, elles doivent échapper au prélèvement de cotisations, en France comme au Liban. En outre, le législateur français exclu de l'assiette de cotisation, les sommes versées par l'employeur afin de financer certaines cotisations, notamment en ce qui concerne les régimes complémentaires de retraite⁵²². Toutefois, faute de l'existence de tels régimes au Liban, aucune information n'est disponible en la matière. Il n'en demeure pas moins qu'on reconnaît, au Liban, des sommes exonérées de l'assiette de cotisation qui sont par ailleurs imposables en France. Il s'agit, notamment, de l'indemnité de préavis. Pourtant, certains auteurs libanais considèrent que l'exclusion de la somme versée en titre d'indemnité de préavis soit inadmissible.

En effet, d'après l'article 50 du Code de Travail libanais modifié par le décret n° 9640 du 06/02/1975: « *L'employeur et l'employé ont le droit de résilier le contrat du travail à durée indéterminée à n'importe quel moment* ». Cependant, la partie désirant la résiliation est dans l'obligation d'informer l'autre partie, et ce dans un certain délai avant l'arrêt de travail. Il s'agit, en effet, d'une « durée de préavis ».

Généralement, l'employeur et l'employé respectent le délai cité ci-dessus. Ainsi, l'employé continue à travailler durant le période de préavis et reçoit son salaire qui sera, sûrement, soumis aux cotisations en matière de sécurité sociale.

⁵²¹ - LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, puf, 2005. P 450; v. aussi pour le cas libanais la note d'information n° 192 du 04/03/1988, émis par le directeur général de caisse nationale de sécurité sociale libanaise ; MANSOUR Mohammed Hussein, *Op.cit*, 1995, p. 198 ; KIRAH Hassan, *Op.cit*, 1983, p. 531.

⁵²² - « *L'alinéa 5 de l'article L. 242-1 exclut de l'assiette des cotisations, jusqu'à hauteur de 85 % du plafond de sécurité sociale, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance y compris les abondements des employeurs aux plans d'épargne retraite. Encore faut-il noter que la loi du 21 août 2003, portant réforme des retraites, prévoit une réforme aussi de cette question, tournant autour de la distinction entre les contributions patronales aux régimes complémentaires de retraite légalement obligatoires, entièrement exonérées, et les contributions patronales aux retraites supplémentaires et aux opérations de prévoyance complémentaire, exonérées jusqu'à concurrence d'un plafond. Elle met en place aussi un dispositif particulier pour les régimes de retraite à prestations définies.* » V. LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, puf, 2005. p. 452.

Cependant, dans certains cas, l'employeur licencie son salarié avant que le délai de préavis s'achève, ou même, sans tenir compte de ce dernier. Dans ce cadre, l'employeur est obligé de payer au salarié licencié une indemnité baptisée indemnité de préavis. Le montant de cette indemnité est égale au montant du salaire que le salarié aura reçu s'il avait poursuivi son travail jusqu'à la fin du délai de préavis. La direction de la caisse nationale de sécurité sociale au Liban, a considéré que l'indemnité payée au salarié, dans le cas où l'employeur ne respecte pas le délai de préavis prévu par la loi du travail, ne fait pas partie du salaire, et par suite elle n'est pas assujettie aux cotisations de la sécurité sociale⁵²³. Cependant, le professeur CHOUFANI⁵²⁴ est en désaccord avec cette logique. Il pense que cette indemnité doit être considérée comme un salaire imposable pris en compte dans le calcul de la cotisation de sécurité sociale. En fait, il se base sur deux arguments pour soutenir son point de vue. D'un côté, l'indemnité de préavis n'est pas versée au même titre qu'une indemnité de dommages et intérêts⁵²⁵. D'un autre côté, le contrat de travail se termine après l'échéance du délai de préavis, même si l'employé n'exécute plus son travail suite à une décision de l'employeur. L'ignorance du délai de préavis ne doit pas avoir comme conséquence le changement de la date mettant fin au contrat du travail. En plus, l'exonération du salarié de l'exécution de son travail durant ce délai ne doit pas diminuer le salaire et les avantages desquels il bénéficiera s'il continue à travailler. Ainsi, le salarié doit rester assujetti au système de sécurité sociale, et le calcul des cotisations sociales doit se baser sur l'indemnité de préavis qui remplace le salaire de base imposable.

En France, la direction de la sécurité sociale a considéré, tout d'abord, que l'indemnité de préavis ne peut avoir la qualité d'un salaire et par suite ne peut pas être imposable, que si le salarié exécute son travail durant le délai de préavis. Cependant, le ministre du travail français a remis cette logique en question, après la prise en considération de la décision du Conseil d'État français du 10/11/1947. Ainsi, il a émis une note officielle le 31/07/1948 sous le numéro 236, par laquelle il a donné le caractère de salaire imposable à l'indemnité payée au salarié licencié, même si ce dernier n'exécute pas son travail durant le délai de préavis.

⁵²³- V. note d'information n° 192 du 04/03/1988, émis par le directeur général de caisse nationale de sécurité sociale libanaise.

⁵²⁴- CHOUFANI NAJI, 1 *Op.cit*, 1991, p. 99.

⁵²⁵- Dans le même sens, V. la décision du conseil d'État français du 10/11/1947.

En outre, il est possible que le salarié ne respecte pas le délai de préavis et qu'il quitte son travail avant l'échéance de ce délai. Le Conseil arbitral du Travail au Liban, a décrété que, dans ce cas, le salarié n'aura pas droit à une indemnité autre que celle de licenciement⁵²⁶ même si c'est l'employeur qui est responsable de la résiliation du contrat de travail. Cependant, cette position du conseil arbitral n'a pas eu l'unanimité. Certains auteurs ont considéré que l'employeur qui se trouve responsable de la résiliation, restera obligé à payer l'indemnité de préavis qui sera imposable en matière de sécurité sociale.

B. Les avantages en nature.

Les avantages en nature peuvent être définis comme étant les biens ou les services fournis ou mis à disposition des salariés, afin de faire l'économie de frais qu'ils auraient dû normalement supporter⁵²⁷. Toutefois, ils ne doivent pas être confondus avec les remboursements de frais professionnels. Ces derniers sont effectivement supportés par le salarié au titre de l'accomplissement de ses missions.

En vertu du Code français de la sécurité sociale⁵²⁸ et de la loi libanaise relative à la sécurité sociale⁵²⁹, les avantages en nature accordés aux salariés sont soumis, au même titre que les paiements en argent, aux cotisations. Ainsi, ils ne constituent qu'une forme particulière de rémunération⁵³⁰. Toutefois, l'avantage en nature soumis aux cotisations doit être fourni gratuitement par l'employeur, et doit se caractériser par la généralité, la continuité et la fixité⁵³¹.

Certes, les textes français et libanais ne proposent pas une liste exhaustive de tous les avantages en nature qui font partie de l'assiette des cotisations. Cependant, des textes relatifs

⁵²⁶- Conseil arbitral du travail au Liban, Beyrouth, n° 441, du 17/04/1973, noté par : GHANEM et ABOU NADER, 1973, n° 38, p. 34.

⁵²⁷- COLBEAUX Véronique, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Cotisations de sécurité sociale . – Assiette : avantages en nature », JurisClasseur Protection sociale Traité, 02 Mars 2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com>. (Consulté le 15- 11-2013).

⁵²⁸- V. l'article R. 242-1, al. 1^{er} du code de la sécurité sociale.

⁵²⁹- v. l'article 68, al. 1^{er} de la loi libanaise relative à la sécurité sociale.

⁵³⁰- Sur la question, voir notamment G. Vachet, « les avantages en nature au regard de l'assiette des cotisations de sécurité sociale », RJS, 1996, 646.

⁵³¹- Conseil arbitral du travail, mont du Liban, n° 46 du 8 avril 1997 et dans le même sens le conseil arbitral du travail, Beyrouth, n° 1467 du 14 octobre 1948.

à certains avantages en nature existent afin de les déterminer et les évaluer. Concrètement, les avantages en nature doivent être évalués en argent afin de les assujettir aux cotisations. Le principe consiste à les évaluer au plus près de leur valeur réelle⁵³². Toutefois, une telle évaluation pose certaines difficultés, et pour y remédier, un système de forfait applicable aux principaux avantages en nature a été mis en place.

En France, c'est l'arrêté du 10 décembre 2002⁵³³, abrogeant et remplaçant les arrêtés des 9 janvier et 26 mai 1975⁵³⁴, qui a modifié et modernisé les règles d'appréciation des avantages en nature.

De même, au Liban, l'article 69 de la loi relative à la sécurité sociale stipule que : « *L'évaluation des avantages en nature, et notamment ceux de la nourriture et du logement, est déterminée par le Règlement Intérieur de la Caisse* ». Les deux avantages en nature cités par la Loi sont organisés en vigueur de l'article 2 du règlement intérieur n° 11, relative au régime des cotisations applicable au Liban.

En effet, le législateur français prévoit un système de forfait applicable pour quatre types d'avantages en nature. Ainsi, sont désormais évalués forfaitairement en France, la nourriture, le logement, le véhicule et les outils issus des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Par ailleurs, le législateur libanais a prévu un système d'évaluation forfaitaire, au départ, pour les deux avantages en nature prévu par la loi, nourriture et logement. Toutefois, la présence de la loi n° 137 du 26 octobre 1999, relative à l'octroi des aides alimentaire, avait des effets modificatifs en ce domaine. Elle a remplacé le système d'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature-nourriture par un système d'exonération limité par un plafond forfaitaire.

Ainsi, de par leur présence significative et récurrente, à la fois dans les textes français et libanais, on s'intéressera dans ce paragraphe à l'étude de l'évaluation des principaux avantages en nature : la nourriture (1) et logement (2).

⁵³²- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, puf, 2005, p. 447 ; CHOUFANI Naji, les bénéficiaires, *Op.cit*, p. 134.

⁵³³- J.O le 27 Décembre 2002.

⁵³⁴- J.O le 22 Janvier 1975 et 12 juin 1975.

1. La nourriture.

Le texte ancien du deuxième article, alinéa 1, du règlement n° 11, relatif au régime des cotisations au Liban, a prévu une évaluation forfaitaire du montant de la nourriture soumis à cotisation. Toutefois, ce système d'évaluation forfaitaire ne concerne que la nourriture fournie directement par l'employeur à la cantine. Dans les cas contraires, le montant réel du repas doit être ajouté entièrement à l'assiette des cotisations⁵³⁵. Ces dispositions ont été mises en vigueur le 30 juillet 1966 et elles ont demeurées applicables, sans aucune modification de la valeur forfaitaire, jusqu'au 8 février 2001. Désormais, l'évaluation forfaitaire de l'avantage nourriture ne s'applique plus.

En effet, le 26 octobre 1999, la loi sur l'octroi des aides alimentaires, portant le numéro 137, a été votée par le parlement libanais. Cette loi a été mise en vigueur le 8 février 2001 suite à l'émission du décret n° 4823 du 2 février 2001 qui détermine les modes de son application. Il s'agit de donner droit aux employeurs de fournir directement la nourriture à leurs salariés en cantine ou de remplacer ces repas par des tickets utilisables dans les restaurants ou les magasins des produits alimentaires⁵³⁶. En outre, l'article 13 du décret n° 4823 a exonéré de l'assiette des cotisations de la sécurité sociale les prestations fournies aux salariés au titre des aides alimentaire cités ci-dessus. Cependant, cette exonération est limitée par un plafond forfaitaire correspondant à un seul repas par jour du travail⁵³⁷. Ainsi, les sommes dépassant ce plafond doivent être soumises aux cotisations de sécurité sociale. En plus, le remplacement de ces prestations prévues par la Loi par une somme d'argent payée directement aux salariés élimine cette exonération, et fait inclure la totalité de la somme payées dans l'assiette des cotisations.

Cette méthode d'évaluation adopté au Liban n'est pas la même que celle appliquée en France. En fait, le législateur français a conservé un système d'évaluation forfaitaire pour la nourriture fournie en cantine⁵³⁸. Cependant, en vertu du code français de la sécurité sociale, les titres-restaurant sont exonérés à conditions qu'ils ne dépassent pas une certaine limite⁵³⁹.

⁵³⁵ - V. la note informative, n° 16, Beyrouth, 4 mai 1966.

⁵³⁶ V. les articles 1, 2 et 3 du décret n° 4823 du 2 février 2001.

⁵³⁷ - Le plafond forfaitaire est de 5 000 livres libanaises, ce qui vaut 2,5 euros pour un seul repas chaque jour.

⁵³⁸ - Circ. DSS, n° 2005-389, 19 août 2005, Q. 61 : BOSS 9/05.

⁵³⁹ - V. l'article L. 131-4 du code de la sécurité sociale.

D'après l'article premier de l'arrêté du 10 décembre 2002, mis en application le 1^{er} janvier 2003, l'avantage en nature de nourriture est désormais évalué forfaitairement pour l'assiette des cotisations. Le taux relatif à la détermination du montant forfaitaire imposable doit être fixé chaque année et relevé par l'effet de l'indexation. Ce montant fixé en début de chaque année constitue une évaluation minimale⁵⁴⁰ par jour, et la moitié de ce montant pour un repas, à défaut de montants supérieurs fixés par convention ou accord collectif ou d'un commun accord entre employeur et salarié. Alors, dans le cas où le prix de revient d'un repas est inférieur à la valeur minimale du forfait, c'est cette dernière qui rentre dans le calcul de l'assiette de cotisation.

Il est possible que les salariés nourris en cantine, ou en restaurant d'entreprise, participent aux frais de nourriture. Cette participation n'élimine pas le caractère d'avantage en nature du repas. Toutefois, la participation du salarié ne doit pas être supérieure ou égale à 50 % de l'évaluation forfaitaire pour que l'avantage nourriture soit intégré dans l'assiette des cotisations⁵⁴¹. À contrario, l'avantage en nature nourriture est réévalué et assujettis aux cotisations⁵⁴². Il s'agit de calculer la différence entre le montant du forfait avantage nourriture et le montant de la participation personnelle du travailleur salarié ou assimilé.

En ce qui concerne les titres-restaurant, l'article L. 131-4 du code français de la sécurité sociale stipule que « *La part contributive de l'employeur dans les titres-restaurant est exonérée des cotisations de sécurité sociale sous les conditions prévues aux articles 81-19°, 231 bis F et 902, 3, 6° du Code général des impôts* ». Ainsi, la participation de l'employeur à l'acquisition d'un titre restaurant doit être comprise entre 50 et 60% de sa valeur pour qu'elle soit exonérée des cotisations⁵⁴³.

Enfin, il faut noter que la distinction entre les titres restaurant, exonérés sous conditions, et la nourriture fournie directement en cantine, assujettis forfaitairement, ne semble pas justifiée. Ainsi, l'application d'une exonération de la participation de l'employeur à la nourriture de

⁵⁴⁰ - Circ. DSS, 2005-389, 19 août 2005, Q. 62 : BOSS n° 9/05

⁵⁴¹ - Circ. DSS n° 2003-07, 7 janvier 2003, § 2-2-1 : BOSS 4/03 ; Circ. DSS n° 2005-389, 19 août 2005, Q. 88 : BOSS 9/05 ; Document d'information synthétique sur www.urssaf.fr.

⁵⁴² - Cass. Soc, 4 janv. 1978, n° 76-11.958.

⁵⁴³ - Sur le mode du calcul v. COLBEAUX Véronique, *Op.cit*, JurisClasseur Protection sociale Traité, 02 Mars 2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com>. (Consulté le 27- 11-2013).

ses salariés doit être traité de la même manière quel que soit la mode de fourniture de cet avantage.

2. Le logement.

Le mécanisme d'évaluation de l'avantage en nature « logement » est précisé au Liban en vertu de l'alinéa 2 du deuxième article du règlement n° 11 relatif au régime des cotisations. Le législateur prend en considération la localisation du logement pour évaluer cet avantage. Il s'agit d'une évaluation forfaitaire mensuelle de 20% du salaire minimum si le logement est situé dans le même cadre géographique du travail. En revanche, une évaluation réelle doit être mise en place si le logement est situé hors du cadre géographique du travail. La valeur réelle du logement adoptée dans ce cas et qui rentre dans l'assiette des cotisations est la valeur locative déterminée par le ministère des Finances.

Par ailleurs, le texte français a laissé le choix à l'employeur qui fournit le logement de choisir le mode d'évaluation de cet avantage⁵⁴⁴. Il peut l'évaluer soit forfaitairement, soit suivant la valeur locative servant à l'établissement de la taxe d'habitation dans les conditions prévues aux articles 1496 et 1516 du Code général des impôts. La décision entre ces deux modes d'évaluation doit être prise définitivement à la fin de chaque année. Ainsi, un employeur qui au cours d'une l'année, a opté pour l'évaluation forfaitaire, peut en fin d'année reconsidérer cette option et en adopter la valeur locative⁵⁴⁵.

À la différence du mode de calcul adopté au Liban, le forfait logement en France est plus aléatoire puisqu'il dépend simultanément de la rémunération du salarié et du nombre de pièces principales lui étant accordées. Ainsi, le forfait adopté varie d'un salarié à un autre. En effet, un tableau récapitulatif est publié chaque année par l'ACOSS afin de déterminer le montant mensuel de l'avantage logement⁵⁴⁶ à réintégrer dans l'assiette de cotisations.

⁵⁴⁴ - V. l'article 2 de l'arrêté du 10 décembre 2002.

⁵⁴⁵ - COLBEAUX Véronique, *Op.cit*, JurisClasseur Protection sociale Traité, 02 Mars 2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com>. (Consulté le 17- 11-2013).

⁵⁴⁶ - Il faut noter que le montant du forfait mensuel "logement" inclut les avantages accessoires, c'est-à-dire l'eau, le gaz, l'électricité, le chauffage, le garage (liste limitative) : V. Circ. DSS, n° 2003-07, 7 janv. 2003, § 2-2-2 : BOSS 4/03.

Toutefois, ce forfait constitue une évaluation minimale à défaut de montants supérieurs fixés par convention ou accord collectif ou d'un commun accord entre employeur et salarié.

Pour conclure, on peut déclarer que le mode d'évaluation forfaitaire adopté pour cet avantage est plus équitable en France qu'au Liban. De fait, un logement constitué de plusieurs pièces ne doit pas être évalué de la même façon qu'un logement d'une seule pièce.

Paragraphe 2 : Un taux de cotisation uniforme.

Le taux de cotisation de la branche d'assurance maladie-maternité est uniforme pour tous les salariés, indépendamment de leurs âges. Ce caractère d'uniformité étant une spécificité de la cotisation sociale qui la distingue de la prime payée en cas de souscription à une police d'assurance privée. Cette dernière est calculée en se basant sur l'âge de l'assuré. Ainsi, la prime de l'assurance maladie privée augmente avec l'âge de ce dernier, puisque le risque assuré s'y accroît proportionnellement.

Le taux global de cotisation est fixé à 13,55% en France depuis 1998⁵⁴⁷, alors qu'il est de 9% au Liban depuis 2001⁵⁴⁸. Cette différence paraît raisonnable puisque les prestations couvertes par la branche maladie-maternité en France sont plus étendues que celles assurées par la même branche au Liban. En effet, les cotisations de l'assurance maladie-maternité au Liban ne financent que les prestations en nature, tandis que celles en France ont pour objectif de financer, en plus, les prestations en espèce.

En effet, la charge des cotisations, en France comme au Liban, est partagée entre le salarié et l'employeur (A). Toutefois, le règlement de cette charge reste toujours à la responsabilité de l'employeur (B).

⁵⁴⁷ - V. le Code français de la Sécurité Sociale, art. D. 242-3.

⁵⁴⁸ - V. le décret libanais n° 5101 du 24 mars 2001, J.O. n° 14 du 29 mars 2001.

A. Le principe de partage.

La charge des cotisations sociales est partagée, en principe, entre le salarié et l'employeur. La part des cotisations à la charge de l'employeur dite : « cotisations patronales » s'ajoute à la somme du salaire brut du salarié, et celle à la charge du salarié dite : « cotisations salariales » est déduite du salaire brut lui étant versé.

Le principe de partage remonte, en France, au tout début des assurances sociales qui concernent les travailleurs les plus modestes incapables d'assumer la charge complète des cotisations. Pour autant, le partage de la charge était strictement égalitaire dans le cadre de la loi de 1930 puisque les cotisations patronales et salariales avaient le même taux de 4%⁵⁴⁹.

Aujourd'hui, le partage de la charge des cotisations est devenu un principe fondamental du droit de la sécurité sociale et figure dans les recommandations n°67 et 69 de l'OIT⁵⁵⁰. Avec la généralisation de la sécurité sociale à tous les travailleurs, le partage reste largement justifié pour deux raisons. D'une part, le partage exprime un principe de responsabilité sociale des entreprises, et d'autre part, la couverture assurée est devenue plus importante. Cependant, l'égalité déjà annoncée dans les années 1930 ne se présente plus depuis un moment. Les taux des cotisations patronales ont été portés à des niveaux significativement supérieurs à ceux des cotisations salariales. Il s'agit en France de 12.80% à la charge de l'employeur et 0.75% à la charge du salarié, et au Liban, de 7% patronales et 2% salariales⁵⁵¹.

B. Responsabilité du règlement des cotisations.

Le règlement des cotisations dues au titre de l'assurance maladie-maternité incombe à l'employeur, qu'elles soient patronales ou salariales⁵⁵². Cette responsabilité représente un principe fondamental de la sécurité sociale⁵⁵³.

⁵⁴⁹- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit*, puf, Paris, 2000, p. 459.

⁵⁵⁰- CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Droit de la sécurité sociale*, 6^{ème} édit. LDDJ, Paris, 2013, p. 214.

⁵⁵¹- GUYOT-PETYT Thymoté, *LAMY Protection Sociale*, édit. LAMY, France, 2013, p. 334 ; Collection « Sader » entre législation et jurisprudence, *Op.cit*, Beyrouth, 2007, p. 269.

⁵⁵²- L'article R. 243-6 du Code français de la sécurité sociale ; DEL SOL Marion, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT – Cotisations de sécurité sociale – Versement », *JurisClasseur Protection sociale traité*, 10 août 2008.

Ainsi, Lorsque l'employeur est condamné à un rappel de cotisations, il est tenu d'acquitter les cotisations dans leur totalité. Cela ne signifie pas que l'employeur supporte la charge complète des cotisations dues à la sécurité sociale. Effectivement, les cotisations patronales sont exclusivement à sa charge et toute convention contraire étant nulle de plein droit. Toutefois, les cotisations salariales restent à la charge du salarié et sont précomptées sur sa rémunération lors de chaque paie⁵⁵⁴. En effet, le salarié ne peut, en aucun cas, s'opposer au système du précompte qui représente des avantages considérables. Dans la mesure où il impose une retenue à la source sur le salaire, le système du précompte évite à la sécurité sociale de s'adresser à une multitude de salariés et il renforce la solvabilité des débiteurs⁵⁵⁵.

Enfin, il faut noter que le précompte disparaît dans le cas où l'assuré est rémunéré par un salaire qu'il ne reçoit pas directement par l'employeur. Il s'agit notamment des pourboires versés par un tiers. Dans cette circonstance, le salarié est obligé de verser ses cotisations à son employeur qui demeure responsable du versement de la contribution salariale⁵⁵⁶.

Section 2 : Les cotisations sociales des autres assujettis.

La généralisation de la sécurité sociale s'est manifestée par l'assujettissement des différentes catégories professionnelles autres que les salariés. Certes, toutes les catégories assujetties ont adopté les cotisations sociales pour financer leurs prestations. Cependant, le calcul de ces cotisations diffère entre eux. Il s'agit d'évaluer les cotisations conformément aux conditions du travail des cotisants. Ainsi, on distingue entre les cotisations des travailleurs indépendants basées sur une assiette fiscale (paragraphe 1), et les cotisations spécifiques, des personnes affiliées au régime général, calculées forfaitairement (paragraphe 2).

⁵⁵³- Cons. const., 20 déc. 1960, n° 60-10 L : Rec. Cons. const., p. 111.

⁵⁵⁴- BOUCHET Marie-Laure, « Cotisations sociales, cotisations patronales, quelles différences ? », 21-02-2013. Disponible en ligne sur : <http://www.expert-comptable-tpe.fr>. (Consulté le 17-01-2014).

⁵⁵⁵- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, p. 865.

⁵⁵⁶- V. Civ., 29 nov. 1956, Dr. Soc., 1966, p. 249 obs. G. Lyon-Caen ; Soc. 10 janv. 1974 ; 13 oct. 1994, RJS, 11/94, n° 1301.

Paragraphe 1 : les cotisations des travailleurs indépendants.

Les travailleurs indépendants au Liban ne sont pas assujettis, jusqu'à ce jour, au système de sécurité sociale par des régimes qui leur sont propres. De ce fait, aucun texte au Liban ne prévoit une méthode générale de financement des prestations destinées aux travailleurs non-salariés.

En France, les régimes des travailleurs indépendants sont financés, en partie, par les cotisations personnelles des assurés. Conformément aux cotisations des salariés, celles des travailleurs indépendants sont aussi calculées sur la base des revenus réalisés. En effet, l'assiette de cotisations des travailleurs indépendants, adoptée généralement en matière de sécurité sociale, est la même que celle usitée pour déterminer les impôts sur le revenu. Cependant, certaines différences dans le mode de calcul se présentent entre les cotisations dues par les travailleurs non salariés-non agricoles (A) et celles des exploitants agricoles (B).

A. Les cotisations des travailleurs non salariés-non agricoles.

Les cotisations sociales représentent la base du financement du régime des travailleurs non salariés-non agricoles. Ces cotisations sont versées par les assurés eux-mêmes, et elles reposent sur une assiette presque identique à celle adoptée pour calculer l'impôt sur le revenu.

Selon l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, « *les cotisations d'assurance maladie-maternité, d'allocation familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié. Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu* ». Certes, d'après ce texte, l'assiette de cotisation appliquée au régime des travailleurs indépendants est basée sur leur revenu professionnel défini selon le droit fiscal⁵⁵⁷. Cependant, il faut préciser qu'en matière de sécurité sociale, le somme qui rentre dans l'assiette de cotisation est le revenu net imposable avant l'application des

⁵⁵⁷- CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Op.cit*, 6ème édit. LDDJ, Paris, 2013, p. 175.

déductions, exonérations et abattements propres à la législation fiscale⁵⁵⁸. Ainsi, l'article L. 131-6, alinéa 2, du code de la sécurité sociale impose la réintégration de plusieurs sommes fiscalement déductibles ou exonérées.

Bien entendu, la branche d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendant-non agricoles ne garantit pas à tous ses assurés les mêmes prestations. Elle assure des prestations supplémentaires à certains commerçants et artisans⁵⁵⁹. De ce fait, deux cotisations sont mises en œuvre afin de la financer. En effet, les assujettis à cette branche sont obligés de payer une *cotisation de base*⁵⁶⁰ pour financer les prestations en nature qui leurs sont généralisées. Cependant, une *cotisation supplémentaire*⁵⁶¹, finançant les indemnités journalières, s'ajoute à la charge de ceux qui sont bénéficiaires des prestations en espèce⁵⁶².

Le taux de la cotisation de base est de 6,5% appliqué sur la totalité des revenus non salariés tels qu'ils sont fiscalement définis⁵⁶³. Cette cotisation a été déplafonnée depuis le 1^{er} janvier 2013 par l'article 11 de la loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013⁵⁶⁴. Cependant, la cotisation supplémentaire est fixée à 0.7% applicable sur une assiette qui ne dépasse pas cinq fois le plafond de la sécurité sociale⁵⁶⁵.

Les deux cotisations sont calculées, en premier temps, à titre provisionnel et font l'objet d'une régularisation dès que le revenu du cotisant est définitivement connu (1). Cependant, afin de simplifier ce calcul on a eu recours à une règle d'assouplissement. Il s'agit d'adopter un revenu estimé par le cotisant pour calculer la cotisation définitive (2).

⁵⁵⁸- DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit*, Dalloz 12^{ème} édition, 2008, p. 73.

⁵⁵⁹- V. *Supra*. p. 159.

⁵⁶⁰- V. CSS, art. D. 612-2.

⁵⁶¹- V. CSS, art. D. 612-3.

⁵⁶²- Les bénéficiaires des prestations en espèce de la branche d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendant-non agricoles sont les commerçants, les industriels et les artisans. Alors que les professions libérales ne font pas parti et de ce de fait ne cotisent pas pour les indemnités journalières.

⁵⁶³- V. CSS, art. D. 612-4, modifié [D. n° 2012-1551, 28 décembre 2012, art. 2](#) : JO 30 décembre 2012.

⁵⁶⁴- V. la [Loi n° 2012-1404, 17 déc. 2012](#) : JO 18 Décembre 2012.

⁵⁶⁵- V. D. n° 2007-50, 11 janvier 2007, JO 12 janvier 2007 ; Circ. RSI n° 2007-030, 1^{er} mars 2007.

1. Le caractère provisionnel des cotisations.

L'article L. 131-6 par son alinéa 2, du Code de la sécurité sociale en France, dispose que les cotisations des travailleurs indépendants-non agricoles dues pour l'année en cours soient calculées, avant la fin de cette année, à titre *provisionnel*⁵⁶⁶. Cette méthode est certainement logique puisque l'assiette de cotisations composée par le revenu effectivement réalisé à une année quelconque ne peut pas être déterminée exactement avant la fin de l'exercice.

En principe, les cotisations provisionnelles dues pour une année (N) sont calculées proportionnellement au revenu professionnel net réalisé au cours de l'avant-dernière année civile (N-2). Cependant une exception à cette règle se présente par laquelle les cotisations provisionnelles sont calculées proportionnellement à un revenu forfaitaire. Ce recours à un revenu de base forfaitaire se fait dans deux cas. Premièrement, afin de calculer les cotisations dues pour les deux premières années d'activité (a). Deuxièmement, dans le cas où le revenu de base réalisé au cours de l'avant-dernière année est inférieur à 40% du plafond annuelle de la sécurité sociale (b).

Enfin, il faut préciser que les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles dues pour une année « N » sont calculées en deux étapes. En effet, les cotisations provisionnelles, qu'elles soient calculées en se basant sur le revenu effectif de l'avant dernière année « N-2 » ou sur le revenu forfaitaire, font l'objet d'une régularisation durant l'année suivante « N+1 ». Cette régularisation se fait en se basant sur le revenu effectif de l'année concernée dès qu'il est connu définitivement. Toutefois, si le revenu réel de l'année concernée est inférieur à 40% du plafond annuelle de la sécurité sociale, une cotisation minimale forfaitaire sera mise en place⁵⁶⁷.

⁵⁶⁶- CSS , article L131-6-2.

⁵⁶⁷- La cotisation minimale forfaitaire maladie-maternité est égale à 40% de la valeur du PASS x le Taux de cotisations. Toutefois, des dispositions de réduction dégressive sont mises en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2013. V. *infra*. p. 203.

a. Les cotisations des deux premières années d'activité.

La règle générale utilisée pour le calcul des cotisations provisionnelles reposant sur le revenu réalisé à l'avant-dernière année ne peut être appliquée pendant les deux premières années d'activité. Il est ainsi question de trouver un moyen pour calculer les cotisations des travailleurs indépendants pour ces deux années.

Afin de répondre à cette problématique, le législateur français fait recours à un revenu de base forfaitaire pour déterminer l'assiette de cotisation. Ce dernier est fixé par un décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés⁵⁶⁸. À cet égard, il conviendra de distinguer entre le financement des prestations en nature d'une part et celui des prestations en espèce d'autre part.

En ce qui concerne le financement des prestations en nature, l'assiette de cotisation est composée d'un revenu égale à 19% du PASS la première année et 27% du PASS la deuxième année⁵⁶⁹. Ce plafond annuel est réduit au prorata de la durée d'affiliation, en cas de période d'affiliation inférieur à une année⁵⁷⁰. Cependant, le revenu retenu pour calculer l'assiette de la cotisation supplémentaire au titre des indemnités journalières reste le même, que cette dernière soit due en première ou en deuxième année. De même, la disposition de réduction du plafond annuel ne s'applique pas en la matière⁵⁷¹. En effet, le revenu adopté est égal à 40% du plafond annuel de la sécurité sociale⁵⁷².

Finalement, il faut savoir qu'afin de déterminer le début d'activité, on se réfère à la date de la première inscription au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers. Il

⁵⁶⁸- V. CSS, article L131-6-2.

⁵⁶⁹- Chaque année le plafond de la Sécurité sociale est revalorisé en fonction de l'évolution des salaires, conformément aux règles prévues par le code de la Sécurité sociale (articles D. 242-17 à D. 242-19). A compter du 1er janvier 2014, le nouveau plafond de la Sécurité sociale s'élèvera à **3 129 euros par mois (37548 par an)**, soit une revalorisation de 1,4 % par rapport au plafond de 2013. Alors, Pour la première année d'activité en 2014, la cotisation due au titre de **l'assurance maladie-maternité** est calculée provisoirement sur une base forfaitaire de 7 193 € pour l'année 2014. Pour la deuxième année d'activité en 2014, la cotisation due au titre de **l'assurance maladie-maternité** est calculée provisoirement sur une base forfaitaire de 10 138 € pour l'année 2014. v. l'art. 1^{er} de l'arrêté du 7 novembre 2013 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2014 : JO, n° 0268 du 19 novembre 2013, P. 18729, texte n° 5 ; La sécurité sociale, « Montants du plafond de la sécurité sociale pour 2014 », 28-11-2013, disponible en ligne sur : www.securite-sociale.fr. (**Consulté le 22 janvier 2014**).

⁵⁷⁰- V. [CSS, art. D. 612-6](#), modifié [D. n° 2012-443, 3 avril 2012, art. 2](#) : JO, 4 avril 2012.

⁵⁷¹- V. CSS, art. D. 612-9, modifié D. n° 2012-443, 3 avril 2012, art. 3 : JO, 4 avril 2012.

⁵⁷²- V. CSS, art. D. 131-1et D. 612-9, al. 3, modifié [D. n° 2012-443, 3 avril 2012, art. 3](#) : JO, 4 Avril 2012.

s'ajoute à cette règle générale plusieurs situations assimilées. En effet, on déclare un début d'activité dans le cas de : changement d'activité ou réinscription sous une autre activité au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ; cession entre époux⁵⁷³ ; reprise par le conjoint survivant⁵⁷⁴ et finalement en cas de reprise d'une activité après le 31 décembre de l'année civile suivant celle de la cessation. Toutefois, la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle⁵⁷⁵ et la reprise d'activité dans l'année en cours ou dans l'année suivante ne constituent pas un début d'activité⁵⁷⁶.

b. Les cotisations minimales dès la troisième année d'activité.

À partir de la troisième année d'activité, les cotisations dues ne peuvent pas être calculées sur une assiette inférieure à 40% du plafond annuel de la sécurité sociale⁵⁷⁷. À cet égard, une assiette minimale est fixée forfaitairement pour les travailleurs indépendants qui ont un revenu déficitaire ou inférieur à ce pourcentage. Ainsi, les cotisations sont calculées en se basant sur une assiette forfaitaire égale à 40% du PASS. Cette disposition est applicable à la fois en calculant les cotisations provisionnelles de base et supplémentaires⁵⁷⁸.

En revanche, à compter du 1^{er} janvier 2013⁵⁷⁹, la cotisation de base minimale régularisée, due à partir de la troisième année d'activité, ne se base plus sur la même assiette minimale précisée ci-dessus. Ainsi, dans le cas où le revenu réel est inférieur à 40% du PASS, la cotisation définitive fait l'objet d'une réduction dégressive⁵⁸⁰. Le but est d'améliorer l'équité et la proportionnalité du prélèvement des cotisants les plus modestes.

Sur le plan pratique, on distingue entre les travailleurs qui font un résultat déficitaire et ceux qui réalisent un revenu positif mais inférieur au montant du seuil. Les cotisants profitent d'une réduction plus significative lorsque l'exercice de leur activité présente un résultat

⁵⁷³- A. min. 30 mars 1983 : Journal Officiel 31 Mars 1983.

⁵⁷⁴- V. CSS, art. R. 241-3.

⁵⁷⁵- Comme par exemple la transformation juridique de l'entreprise ou le transfert géographique.

⁵⁷⁶- V. CSS, art. R. 242-16.

⁵⁷⁷- V. l'article 3 du décret n° 2012-1551 du 28 décembre 2012 relatif aux cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles : JO, n°0304 du 30 décembre 2012, p. 21200, texte n° 125.

⁵⁷⁸- V. CSS, art. D. 612-9 et D. 612-5 modifiés [D. n° 2012-443, 3 avril 2012, art. 3](#) : JO, 4 Avril 2012.

⁵⁷⁹- Circ. ACOSS n° 2013-019, 28 mars 2013, point 5.2.

⁵⁸⁰- V. [CSS, art. D. 612-7](#), modifié [D. n° 2012-1551, 28 déc. 2012, art. 4](#) : JO, 30 Décembre 2012.

négatif ou nul. Ainsi, le montant de la réduction, en ce cas, est égal au produit du taux de la cotisation maladie et de 13% de la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale. Dans le cas contraire, lorsque le revenu de l'activité est positif, le montant de la réduction est calculé par l'application de la formule suivante : $R = ((13\% \times T) / P) \times (S - \text{revenu d'activité})^{581}$. Dans les deux cas, le montant obtenu sera déduit de la cotisation minimale forfaitaire qui est égale au produit du taux de la cotisation maladie et de 40% de la valeur du PASS⁵⁸².

Voici deux exemples pour matérialiser ce calcul⁵⁸³ :

Exemple 1 : Dans le cas où le revenu est négatif ou nul :

Le montant de la réduction = 13% de la valeur du PASS x le Taux de la cotisation de base.

$$= (37548 \times 13/100) \times 6,5\%$$

$$= 317 \text{ euros}$$

Le montant de la cotisation réduite = la cotisation minimale forfaitaire - la réduction.

$$= ((37548 \times 40/100) \times (6.5/100)) - 317$$

$$= 976 - 317$$

$$= 659 \text{ euros}$$

⁵⁸¹- Où : T est le taux de cotisation maladie; P est le pourcentage mentionné au 3^e de l'article D. 612-5 (40%) ; S est le montant du seuil de 40 % du plafond de la sécurité sociale.

⁵⁸²- GUYOT-PETTYT Thymoté, *Op.cit*, édit. LAMY, France, 2013, p. 1482.

⁵⁸³- Le calcul est fait conformément au chiffre adopté pour l'année 2014.

Exemple 2 : Dans le cas où le revenu est positif mais inférieur à 40% du PASS :

Supposant que le revenu d'activité est égal à 10 000 euros.

Le montant de la réduction = $((13\% \times T) / P) \times (S - \text{revenu d'activité})$

$$= ((0.13 \times 0.065) / 0.4) \times ((37548 \times 40/100) - 10\,000)$$

$$= 106 \text{ euros}$$

Le montant de la cotisation réduite = la cotisation minimale forfaitaire - la réduction

$$= ((37548 \times 40/100) \times (6.5/100)) - 106$$

$$= 976 - 106$$

$$= 870 \text{ euros.}$$

2. L'assouplissement via un revenu estimé.

Le fait d'adopter des cotisations à titre provisionnel puis de les régulariser à l'année suivante rend le calcul plus difficile et complique la gestion de la trésorerie de l'assuré. D'où le recours à un revenu estimé afin d'assouplir le calcul des cotisations définitives.

Par dérogation, le travailleur non salarié-non agricole peut demander qu'on calcule son assiette de cotisations en se basant sur un revenu estimé de l'année en cours⁵⁸⁴. Le but est de rendre le calcul de ses cotisations plus facile en évitant le passage par les cotisations provisionnelles « *inutiles* »⁵⁸⁵. De même que le revenu de base provisionnel et définitif, le revenu estimé ne peut pas être inférieur à l'assiette minimale de cotisations fixée à 40% du plafond annuel de la sécurité sociale. Cette souplesse est appréciable lorsque les revenus sont fluctuants⁵⁸⁶.

⁵⁸⁴ - V. [CSS, art. L. 131-6-2, al. 4 et R. 131-5, II](#), créé [D. n° 2012-1550, 28 décembre 2012, art. 4](#) : JO, 30 Décembre 2012.

⁵⁸⁵ - MORVAN Patrick, Droit de la protection sociale, LexisNexis, Paris, 2013, p. 536.

⁵⁸⁶ - Ibid. p. 536.

Les cotisations sociales calculées en se basant sur le revenu estimé par l'assuré sont des cotisations définitives à condition que le revenu réel ne soit pas supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé. Dans le cas contraire, l'assuré se trouve obligé à verser une majoration de retard⁵⁸⁷. Cette majoration est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées sur le revenu de l'avant-dernière année (N-2) et celles calculées sur le revenu estimé. Elle est égale à 5% lorsque le revenu définitif est inférieur ou égal à 1,5 fois le revenu estimé de l'année considérée, et à 10 % lorsqu'il est supérieur à 1,5 fois le revenu estimé⁵⁸⁸.

En revanche, le cotisant peut être exonéré de la majoration de retard si « *les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation* »⁵⁸⁹. Alors, il doit prouver sa bonne foi en présentant tous les éléments justifiant son estimation. Cela, soit au moment de celle-ci, soit dans un délai maximum de 15 jours suivants sa réception de la notification par la Caisse de la sécurité sociale du montant des cotisations dues sur la base des revenus réels⁵⁹⁰.

B. Les cotisations des exploitants agricoles.

Le financement de l'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants agricoles se base, de façon non négligeable, sur les cotisations sociales personnelles des assurés. De même que pour les travailleurs indépendants-non agricoles, les exploitants agricoles sont astreints à cotiser sur leurs revenus professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur les revenus⁵⁹¹. La loi du 23 janvier 1990⁵⁹² a réformé l'assiette des cotisations des exploitants agricoles en tenant compte de leurs résultats économiques. Pour autant, certaines

⁵⁸⁷ - V. CSS, art. L. 131-6-1, al. 4.

⁵⁸⁸ - V. [CSS, art. D. 131-3](#), créé [D. n° 2012-443, 3 avril 2012, art. 1er](#) : JO, 4 Avril 2012

⁵⁸⁹ - V. circ. ACOSS n° 2012-17, 20 févr. 2012, point 5.1.

⁵⁹⁰ - V. [CSS, art. D. 131-3](#), précité.

⁵⁹¹ - Cass. Civ. 2^e, 6 mars 2008, JCP 2008, S, 1357, note T. TAURAN (catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou bénéficiaires commerciaux) ; Cass. civ. 2^e, 3 juillet 2008, JCP 2008, S, 1567, note T. TAURAN (même solution). V. aussi, LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, PUF, Paris, 2005, p. 533 ; CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Op.cit.*, 6^{ème} édit. LDDJ, Paris, 2013, p. 189.

⁵⁹² - Cette Loi n'est rentrée pleinement en application qu'en 1996.

réintégrations et déductions⁵⁹³ par rapport à la déclaration fiscale peuvent toucher les revenus adoptés pour le calcul des cotisations⁵⁹⁴.

Suivant les dispositions issues de la loi du 23 janvier 1990, le calcul des cotisations des exploitants agricoles se base sur une assiette égale à la moyenne des revenus professionnels des trois dernières années dite « assiette triennale ». Toutefois, ces cotisations peuvent être, sur option et suite à une demande du cotisant, calculées à partir d'une « assiette annuelle » égale aux revenus professionnels de l'année précédente⁵⁹⁵. Dans tous les cas, l'assiette choisie ne doit pas être inférieure à un certain seuil, à défaut de quoi, une assiette minimale est adoptée afin de calculer les cotisations. Cette assiette est égale à 800 fois le SMIC horaire⁵⁹⁶.

En outre, les nouveaux exploitants agricoles sont soumis à une assiette de cotisations forfaitaires provisoires pour calculer les cotisations de la première année de leur activité⁵⁹⁷. Cela semble évident, puisque ces nouveaux installés ne disposent pas des revenus professionnels de l'année précédente. Les cotisations forfaitaires provisoires font l'objet d'une régularisation dès que les revenus professionnels sont connus. Cette régularisation est progressive dans le cas où une « assiette triennale » est adoptée pour le calcul définitif des cotisations. Ainsi, à l'exception de l'option de l'« assiette annuelle », les cotisations définitives sont calculées selon les modalités suivantes :

⁵⁹³ - Notamment la déduction au titre de la rémunération implicite des terres « rentre du sol » introduit par la loi de modernisation agricole du 1^{er} février 1995. Il s'agit de déduire une partie des revenus cadastraux. Cette déduction représente 15 à 20% de l'assiette de cotisation. V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit*, 17e édition, Dalloz, 2011, p. 974.

⁵⁹⁴ - V. Ministère de l'Agriculture, « les cotisations d'un exploitant agricole », 01.10.2013, disponible en ligne sur : <http://agriculture.gouv.fr>. (Consulté le 29 janvier 2014).

⁵⁹⁵ - Une fois l'exploitant agricole choisie l'assiette annuelle ne peut plus revenu sur l'assiette triennale pour les cinq années suivantes.

⁵⁹⁶ - MSA, « les principes de calcul des cotisations des non-salariés agricoles », mis à jour le 03-01-2014, disponible en ligne sur : <http://www.msa.fr>. (Consulté le 30-01-2014)

⁵⁹⁷ - l'assiette forfaitaire est calculée par référence à la valeur du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier de l'année des cotisations. Elle est égale à 800 fois le SMIC horaire en matière d'assurance maladie-maternité. V. Ministre de l'Agriculture, *op.cit*. 01-10-2013.

Tableau n°1⁵⁹⁸ :

	ASSIETTE PROVISOIRE (AP)	REGULARISATION
1 ^{ère} année	Assiette forfaitaire (AF)	Régularisation sur les revenus professionnels de la première année (RP n*)
2 ^{ème} année	$(AF + RP\ n-1) / 2$	$(RP\ n-1 + RP\ n) / 2$
3 ^{ème} année	$(AF + RP\ n-1 + RP\ n-2) / 3$	$(RP\ n + RP\ n-1 + RP\ n-2) / 3$
Dès la 4 ^{ème} année	$(RP\ n-1 + RP\ n-2 + RP\ n-3) / 3$	

*n : année en cours.

Ensuite, l'assiette choisie ou adoptée⁵⁹⁹ fait l'objet de l'application de deux taux différents en matière d'assurance maladie-maternité, afin d'obtenir deux cotisations agissantes pour financer cette branche. Ainsi, l'exploitant agricole est chargé de verser une « cotisation technique » dont le taux est fixé à 8,17% pour les exploitants agricoles à titre principal et à 7.35% pour ceux à titre secondaire. Cette cotisation est destinée à financer les prestations de la branche maladie-maternité. En outre, une « cotisation complémentaire » s'ajoute à la charge du cotisant dans le but de financer les dépenses de fonctionnement du régime et de l'action sanitaire et sociale. Son taux est fixé, après délibération du conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole, par le préfet de chaque département⁶⁰⁰. Toutefois,

⁵⁹⁸- MSA, « le calcul de vos cotisations non salariées 2013 », octobre2013, disponible en ligne sur : <http://www.msa.fr>. (Consulté le 30-01-2014).

⁵⁹⁹- Quoi qu'elle soit une assiette « assiette triennale », « assiette annuelle », ou une assiette provisoire.

⁶⁰⁰- DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier, *Op.cit*, Dalloz 12^{ème} édition, 2008, p. 73 ; DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit*, 17^e édition, Dalloz, 2011, p. 975.

d'après le Code rural et de la pêche maritime, la cotisation complémentaire doit respecter un taux moyen de 2,67%⁶⁰¹.

Enfin, il faut noter que depuis le 1^{er} janvier 2001, les taux de cotisations maladie-maternité sont appliqués sur la totalité des revenus professionnels des exploitants agricoles. Désormais, la limitation de l'assiette des cotisations à 6 fois le plafond de la sécurité sociale ne s'applique plus. Néanmoins, une exonération partielle des cotisations maladie-maternité se présente en faveur des jeunes agriculteurs. Ainsi, ce sont exclusivement les exploitants agricoles âgés entre 18 ans et 41 ans qui bénéficient de cette exonération. Les taux de l'exonération sont appliqués d'une manière dégressive pendant cinq années et dans la limite de certains plafonds comme l'indique ce tableau :

Tableau n°2⁶⁰² :

	Pourcentage d'exonération	Montant maximum exonération 2013*
1 ^{ère} année	65%	3124 euros
2 ^{ème} année	55%	2644 euros
3 ^{ème} année	35%	1682 euros
4 ^{ème} année	25%	1202 euros
5 ^{ème} année	15%	721 euros

* Arrêté du 26/04/2013 (JO du 11/05/2013).

⁶⁰¹- C; rural, art. L. 731-14 à L. 731-21; DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, Op.cit, 17e édition, Dalloz, 2011, p. 977.

⁶⁰²- MSA, Op.cit, octobre2013, disponible en ligne sur : <http://www.msa.fr>. (Consulté le 30-01-2014)

Paragraphe2 : Les cotisations à base forfaitaires adoptées pour des catégories spécifiques.

Initialement, sont assujettis au régime général de la sécurité sociale, les salariés des secteurs industriel, commercial et de service. Néanmoins, dans une perspective de généralisation, plusieurs catégories professionnelles, accomplissant leur activité dans des conditions différentes des salariés susvisés, ont été affiliées à ce régime. Certaines d'entre elles participent au financement du régime général d'une manière différente de celle prévue par les règles de droit commun. Ainsi, elles ne cotisent pas proportionnellement à leurs revenus réalisés mais d'une manière forfaitaire.

L'article L. 241-2 du code français de la sécurité sociale stipule que « des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ». On remarque que le législateur français n'a pas limité l'application de cette disposition par la détermination de catégories concernées. Cependant, le législateur libanais a été plus limitatif dans la matière. Ainsi, une liste des catégories pouvant cotiser forfaitairement a été déterminée par l'article 72 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale, suite à la décision du conseil administratif de la Caisse nationale de la sécurité sociale.

Ce recours à un système forfaitaire présente, dans la plupart des cas, une solution pour le calcul des cotisations des personnes concernées, vu la difficulté d'évaluation des revenus effectivement réalisés (A). Dans d'autres cas, le principe forfaitaire peut être usité afin de réduire les frais sociaux de certaines catégories économiquement faibles(B).

A. Le principe forfaitaire : une solution pour les cotisants à revenus incalculables.

L'objectif fondamental de l'appel au système forfaitaire est de déterminer les cotisations de certaines catégories dont l'activité professionnelle ne permet pas un calcul exact du revenu. Ces catégories sont nombreuses et variées⁶⁰³ mais elles suivent les mêmes règles en matière de détermination des cotisations.

Pratiquement, on distingue entre deux types de cotisations à base forfaitaire. Premièrement, celles qui sont précisées par un montant fixe sans application de la règle générale du calcul de cotisations qui consiste à multiplier un taux par une assiette (1). Deuxièmement, celles obtenues en appliquant le même taux de droit commun mais sur une assiette de cotisation déterminée forfaitairement (2).

1. La détermination des cotisations via une somme forfaitaire.

Les cotisations déterminées par un montant fixe sont destinées à financer les prestations des personnes affiliées au régime général mais qui ne possèdent pas de revenus professionnels. Il s'agit notamment des cotisations des étudiants.

Conformément à la loi française n° 48-1473 du 23 septembre 1948 et le décret-loi libanais n° 5203 du 23 mars 1973, les étudiants sont soumis aux dispositions de la branche d'assurance maladie-maternité. Ces étudiants doivent en contrepartie verser des cotisations au régime général auquel ils sont affiliés.

Dans la mesure où ils ne réalisent pas de profits professionnels, le calcul d'une cotisation à base d'une assiette de rémunération est évidemment impossible. De ce fait, les législateurs libanais et français ont obligé les étudiants à payer des cotisations forfaitaires déterminées par un montant fixe.

⁶⁰³- V. Pour le cas français Le tableau détaillé publié par LAMY dans : LAMY Protection Sociale, 2013, p. 331 ; Pour le cas Libanais : l'article 72 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale.

Ce système a été appliqué en France jusqu'à ce jour. Ainsi, un arrêté ministériel fixe les cotisations forfaitaire d'assurance maladie dues par les étudiants pour chaque année universitaire⁶⁰⁴. Cependant, cette règle a été employée pour la dernière fois au Liban pour fixer les cotisations dues pour l'année universitaire 1988-1989. Depuis, les étudiants libanais cotisent forfaitairement à base d'un pourcentage du SMIC⁶⁰⁵.

Enfin, il s'agit de noter que la détermination des cotisations sur la base d'une somme forfaitaire présente un désavantage économique. En effet, l'équilibre financier désiré entre les ressources et les charges des prestations est difficile à réaliser. Cet inconvénient se soulève notamment en matière d'assurance maladie-maternité puisque ce genre de cotisations ne s'adapte pas à l'augmentation des frais de la santé.

2. La détermination des cotisations via une assiette forfaitaire.

Pour certaines catégories, l'évaluation ordinaire de l'assiette des cotisations du régime général, qui se base sur les rémunérations effectivement encaissées, ne peut pas être appliquée. Cela en raison soit de la nature de l'activité exercée, soit des faibles revenus tirés de l'activité déployée⁶⁰⁶. À cet égard, des assiettes forfaitaires ont été fixées, en France comme au Liban, par arrêté ministériel, voire par décret, et même par voie législative. Ces assiettes forfaitaires constituent la base du calcul des cotisations sociales due notamment par les personnes rémunérées par des tiers⁶⁰⁷, ainsi que par les apprentis et les stagiaires de la formation professionnelle.

En effet, l'évaluation forfaitaire de l'assiette se fait en appliquant un coefficient déterminé soit sur le SMIC, soit sur le plafond annuel de la sécurité sociale. Ensuite, l'assiette obtenue sera multipliée par le taux normal de cotisations de droit commun. Ainsi, le montant des cotisations forfaitaires assorties par cette méthode n'est pas fixe. Il dépend, en effet, de deux variables : le taux de cotisations d'une part et la valeur du SMIC ou du PASS d'autre part.

⁶⁰⁴- D'après l'article 1 de l'**arrêté du 18 juillet 2013**, Le montant de la cotisation forfaitaire due par les étudiants est fixé à 211 € pour l'année universitaire 2013-2014. v. JO, n°0171, 25 juillet 2013, p. 12388.

⁶⁰⁵- V. le décret libanais n° 35 du 16 décembre 1988.

⁶⁰⁶- Colbeaux Véronique, *Op.cit*, JurisClasseur Protection sociale Trait, 14 Juin 2010. disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com> . (consulté le 05-02-2014).

⁶⁰⁷- Comme par exemple : les chauffés de taxi et les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse.

Cette marge de variation du montant de cotisations donne à cette méthode un avantage économique puisqu'elle permet d'adapter la valeur des cotisations selon l'évolution du marché.

B. Le principe forfaitaire : un mode de réduction des frais sociaux.

Le principe forfaitaire de détermination des cotisations de sécurité sociale peut être adopté dans le but de minimiser les dépenses de certaines catégories économiquement faibles. Ainsi, certains salariés cotisent forfaitairement malgré le fait que leurs revenus, qui sont censés normalement évaluer leurs assiettes de cotisations, soient connus avec précision.

En vue d'appliquer cette règle d'allègement, le législateur libanais a mis en vigueur un système de cotisation forfaitaire en faveur des établissements de moins de dix salariés⁶⁰⁸. Certes, le but était de diminuer les frais sociaux à la charge des établissements économiquement faible. Cependant, le fait de qualifier ces dernières en se basant sur le nombre de leurs salariés ne présente pas une mesure scientifique et équitable. En effet, cette mesure ne distingue pas entre les établissements développés qui remplacent de nombreux salariés par la nouvelle technologie pour l'exécution des travaux, et celles qui se basent sur la seule main d'œuvre. Pour cela, il semblerait plus intéressant de se baser sur « *la valeur du capital* »⁶⁰⁹ des établissements étudiés pour déterminer ceux qui sont économiquement faibles.

⁶⁰⁸ - V. l'article 72 de la loi libanaise relative à la sécurité sociale.

⁶⁰⁹ - CHOUFANI Najj, *Op.cit*, tome 3, 1991, p. 208.

Chapitre 2 : l'ajustement du mode de financement par cotisations à la généralisation de la couverture.

Les deux systèmes de sécurité sociale français et libanais avaient pour objectif la généralisation de la couverture de l'assurance maladie-maternité à toute la population. Mais malgré ce fait, le système libanais a conservé, jusqu'à ce jour, tous les principes de financement par les cotisations. Le système français, lui, a opté pour la mise en application de certaines modifications visant à ajuster ce mode de financement à la politique de généralisation. Ainsi, l'évaluation des cotisations sociales (section 1) a amené la France à faire évoluer ce mode de financement (section 2) afin qu'il soit compatible avec un système généralisé. Cette évolution financière semble indispensable afin d'élargir le champ d'application du système existant au Liban.

Section 1 : l'évaluation du mode de financement par les cotisations sociales.

Certes, l'adoption des cotisations sociales comme moyen de financement de la sécurité sociale présente des aspects positifs pour un système destiné aux salariés (paragraphe 1). Cependant, plusieurs inconvénients s'opposent à cette adoption dès lors que l'objectif soit le financement d'un système généralisé à toute la population (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : les aspects positifs.

Il est clair que les cotisations sociales ont été adoptées dès le commencement, en France comme au Liban, afin de financer un système de sécurité sociale qui ne concerne que les salariés. Ainsi, les cotisations sociales ont été considérées comme étant le moyen de financement le plus compatible à un tel système. En effet, elles présentent deux objectifs fondamentaux.

D'une part, les cotisations sociales représentent un moyen de financement adéquat aux prestations fournies par le système de sécurité sociale, dont la plupart sont proportionnelles au salaire (A). D'autre part, ce mode de financement est conforme au mode de gestion par les partenaires sociaux (B).

A. Un mode de financement adéquat à des prestations proportionnelles au salaire.

La plupart des prestations assurées par les différentes branches des deux systèmes, français et libanais, sont proportionnelles au salaire. De ce fait, il paraît logique que le moyen de financement de ces prestations soit également proportionnel au salaire. Les cotisations sociales répondent bien à cette logique.

Certains auteurs⁶¹⁰ trouvent qu'il existe un lien entre les cotisations et les prestations puisque toutes les deux sont proportionnelles au même salaire. Ce lien constitue, d'après eux, une incitation à l'adoption des cotisations sociales comme moyen de financement de la sécurité sociale. Certes, en ce qui concerne les prestations en espèce, cette hypothèse est valable. Toutefois, elle ne semble pas aussi convenable pour ce qui relève des prestations en nature, du fait que ces dernières ne soient pas proportionnelles au salaire.

On a vu que la branche d'assurance maladie-maternité fournit deux genres de prestations : les prestations en nature et les prestations en espèce⁶¹¹. Les premières ont pour objectif de couvrir les frais de soins indépendamment du salaire de l'assuré. Les deuxièmes visent à indemniser, proportionnellement au salaire de l'assuré, le revenu perdu dans une période d'arrêt de travail suite à une maladie.

Dans ce domaine, les cotisations sociales sont, certes, adéquates au financement des indemnités, assurées par la branche d'assurance maladie-maternité, calculées proportionnellement au salaire. Toutefois, il n'existe aucun rapport, ni aucun intérêt en ce qui concerne le financement des prestations non proportionnelles au salaire par des cotisations proportionnelles aux revenus de l'assuré.

⁶¹⁰ - V. CHOUFANI Naji, *Op.cit.*, p. 230. (Langue arabe).

⁶¹¹ - V. *Supra.* p. 136.

B. Un mode de financement renforçant la solidarité financière et gestionnaire entre les employeurs et les salariés.

La répartition des cotisations d'assurance maladie entre les salariés et les employeurs par le biais des cotisations salariales et patronales, constitue une caractéristique fondamentale du mode de financement par les cotisations. Cette caractéristique est perçue, par les défenseurs de ce mode de financement, comme étant un avantage. En fait, bien que la répartition ne soit pas équitable entre les deux parties, elle met en vigueur une solidarité financière entre les salariés et les employeurs.

Les deux systèmes, français et libanais, imposent à la charge de l'employeur la partie la plus élevée des cotisations sociales. En effet, cette disposition est justifiée par deux raisons. La première étant le fait que l'employeur constitue la partie économiquement forte. Et la deuxième étant le fait qu'il ait tout intérêt à se soucier de la santé de ses salariés qui sont à la base du succès de son entreprise.

Les salariés participent au financement de la branche d'assurance maladie-maternité en sacrifiant une partie de leurs salaires. Cette participation contribue à la responsabilisation des assurés, et elle leur justifie deux droits fondamentaux.

D'un côté, l'assuré a un droit aux prestations du système. En effet, la cotisation salariale est une caractéristique fondamentale qui différencie entre un système de sécurité sociale et un système d'assistance. Les bénéficiaires ne participent pas au financement de ce dernier, et en conséquence, les aides fournies par un tel système ne sont pas obligatoires et ne représentent pas un droit subjectif proprement dit aux bénéficiaires. Cependant, les prestations assurées par un système de sécurité sociale sont considérées comme un droit subjectif de l'assuré et des ayants droit.

D'un autre côté, la participation financière des salariés légitime leur participation à la gestion du système⁶¹². Ainsi, les partenaires sociaux, dont les salariés, sont représentés dans la direction des systèmes de sécurité sociale qui adopte les cotisations sociales comme moyen de financement. Ce droit à la gestion est certainement un avantage considérable qui marque le mode de financement par les cotisations sociales.

⁶¹²- HARRIBÉY Jean-Marie, « Quel financement de la protection sociale pour un développement de qualité ? », France, 2008. Disponible en ligne sur : <http://harribey.u-bordeaux4.fr> . (Consulté le 02-05-2014).

Paragraphe 2 : les aspects négatifs.

Le mode de financement par cotisations sociales a été beaucoup critiqué. Tout d'abord, il est une charge qui augmente le coût du travail (A). En plus, il apparaît inéquitable envers les salariés les plus modestes (B) dans la mesure où il pénalise proportionnellement plus leurs revenus par rapport aux salariés touchants un salaire véritablement élevé. Enfin, les cotisations sociales sont considérées par les détracteurs comme un mode de financement incompatible avec l'objectif d'instauration d'un système de sécurité sociale généralisé à toute la population (C).

A. Les cotisations sociales : Une charge alourdissant le coût du travail.

Les cotisations sociales représentent économiquement, pour les entreprises, une charge lourde puisqu'elles rendent le coût du travail plus élevé.

Afin de calculer le coût du travail, il faut, dans un premier temps, prendre en considération le coût de la main-d'œuvre. Ce dernier, qui constitue une partie importante du coût du travail, est défini par le salaire brut de chaque salarié. Il est obtenu en ajoutant les charges sociales au salaire net touché par celui-là. Ainsi, il est clair que les cotisations sociales renchérissent sensiblement le coût du travail et introduisent un écart important entre la rémunération nette perçue par les salariés et ce qu'ils coûtent à leurs employeurs⁶¹³.

Vu leur conséquence d'alourdir le coût de la main-d'œuvre, les cotisations sociales pèsent négativement particulièrement sur les entreprises dont l'accomplissement de travail dépend initialement des salariés. Ces entreprises dites « de main-d'œuvre » seront pénalisées⁶¹⁴ par l'adoption du mode de financement professionnel, en matière de compétition, tant au niveau du marché national qu'au niveau des marchés internationaux.

⁶¹³- AZOULAY Jack, « revoir le financement de l'assurance maladie en basculant des cotisations sociales vers d'autres sources de financement », Institut Montaigne, disponible en ligne sur: www.institutmontaigne.org. (Consulté le 13-02-2014).

⁶¹⁴- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 17^e édit. Dalloz, Paris, 2011, p.228.

Au niveau national, les cotisations⁶¹⁵ calculées proportionnellement aux salaires constituent une charge importante pour les entreprises dont le personnel tient une place élevée⁶¹⁶. Cependant, elles favorisent les entreprises de nouvelle technologie au sein desquelles les machines remplacent une multitude de salariés. De ce fait, on peut conclure que le mode de financement par le biais des cotisations professionnelles promeut le développement de certains secteurs professionnels au détriment d'autres, en réduisant l'investissement dans les entreprises « de main-d'œuvre »⁶¹⁷.

Par surcroît, les cotisations sociales sont un handicap pour la compétitivité des entreprises sur les marchés internationaux. En fait, les entreprises ajoutent aux frais de production de leurs marchandises tout genre de charges supportées par l'entreprise, dont les salaires payés et les charges sociales. Ainsi, un poids élevé des charges sociales dans un pays, fera certainement augmenter le prix des marchandises produites dans ce dernier. Suite à un tel alourdissement, les marchandises surchargées par des frais sociaux n'auront pas la même capacité à concourir par opposition aux marchandises produites dans des pays où les charges sociales sont moins élevées. En effet, la compétition se base essentiellement sur le rapport qualité/prix, et l'inflation financière, dans ce cas, n'étant pas le résultat d'une amélioration de la qualité du produit, cela atténue d'autant plus la valeur marchande de ce dernier.

Finalement, on peut constater que les cotisations sociales prises en charge par l'employeur sont lésées par deux désavantages. D'une part, elles déprécient le résultat de l'exercice de l'entreprise en augmentant les charges. Il s'agit à cet égard d'un effet direct. D'une autre part, elles diminuent le chiffre d'affaire réalisé par l'entreprise du fait de la politique de compétitivité régissant les relations entre les entreprises. Il s'agit à cet égard d'un effet indirect.

⁶¹⁵- On vise plus particulièrement, à ce sujet, les cotisations patronales supportées par l'employeur.

⁶¹⁶- ARCEGA Gérard, "les cotisations sociales sont-elles devenues un obstacle à l'emploi? Le prélèvement social: un système vertueux à sa naissance", Regards CNESS, n° 18, 2000, p. 18.

⁶¹⁷- V. CHOUFANI Naji, *Op.cit.*, p. 24. (Langue arabe).

B. Les cotisations sociales : un mode inéquitable pour les salariés les plus modestes.

Les cotisations de sécurité sociale apparaissent inéquitables dans la mesure où elles affectent proportionnellement plus les salariés les plus modestes. Cette idée est adoptée par les opposants de ce mode de financement en mettant en avant les effets des cotisations professionnelles sur trois échelons :

Tout d'abord, au niveau fiscal, les cotisations sociales aboutissent à des réductions d'impôt plus avantageuses pour les salariés qui ont des revenus plus élevés. Cette hypothèse est corroborée par deux raisons. D'une part, les cotisations sont déductibles de l'impôt sur le revenu. D'autre part, les deux systèmes fiscaux applicables en France et au Liban adoptent une forte progressivité du prélèvement fiscal.

Ensuite, le poids des cotisations professionnelles est proportionnellement plus lourd pour les salariés modestes. En effet, lors de l'adoption des cotisations sociales comme mode de financement de la sécurité sociale, un plafond de contribution a été mis en vigueur. Ce plafond introduit une limite maximale au-delà de laquelle les rémunérations ne sont plus prises en considération en calculant les cotisations. Ceci revient à rendre le prélèvement de la sécurité sociale dégressif en fonction des revenus, ce qui pénalise les personnes faiblement rémunérées⁶¹⁸. En outre, l'injustice des cotisations sociales peut devenir extravagante lorsqu'intervient le facteur familial. Ainsi, « *l'imposition sociale globale supportée par un ménage qui réunit deux ou plusieurs petits salaires peut être supérieure à celle supportée par un ménage qui bénéficie d'un seul revenu salarial, mais beaucoup plus élevée que la somme de ceux qui entrent dans le ménage précédent* »⁶¹⁹.

Enfin, les cotisations sociales plafonnées limitent la progression des bas salaires et agissent comme un frein à l'emploi des salariés modestes. Ainsi, du point de vue économique, les employeurs ont tout intérêt à augmenter le nombre d'heures des salariés déjà employés et rémunérés au-delà du plafond de cotisation, plutôt que de recourir à de la main d'œuvre nouvelle peu ou pas qualifiée⁶²⁰.

⁶¹⁸- HUTEAU Gilles, Sécurité sociale et politiques sociales, 3e édit., Armand Colin, Paris, 2001, p. 137.

⁶¹⁹- V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 17e édition, Dalloz, 2011, p. 848.

⁶²⁰- *Ibid.* p. 139.

Par ailleurs, ces arguments employés par les opposants des cotisations professionnelles ne sont plus valables en France dans la mesure où les cotisations d'assurance vieillesse demeurent les seules cotisations plafonnées. Toutefois, ils sont toujours soutenables en ce qui concerne le cas libanais où toutes les cotisations persistent jusqu'à ce jour plafonnées.

C. Les cotisations sociales : un mode incompatible à la généralisation de la couverture.

Certes, les systèmes de la sécurité sociale, en France comme au Liban, ont été conçus dans la perspective d'une couverture généralisée à toute la population. Cependant, ils ont été créés en premier lieu en faveur des seuls travailleurs et de leurs familles. Ainsi, les concepts bismarckiens, dont le financement professionnel par les cotisations sociales, ont été mis en application en l'état.

En effet, cette logique de financement est jugée, par ses opposants, incohérente à la couverture de l'assurance maladie-maternité et incompatible avec l'objectif de la généralisation à toute la population.

D'une part, afin qu'un mode de financement soit cohérent à la couverture, il faut qu'une relation logique entre les ressources et les dépenses soit présente. En matière d'assurance maladie-maternité, une telle relation est présente, certes, dès lors que l'on étudie le financement des indemnités journalières. Toutefois, « aucune corrélation, ni logique, ni pratique »⁶²¹, n'existe entre la couverture des frais de soins et les revenus professionnels ainsi que les cotisations qui leur sont assises.

D'autre part, afin qu'il soit compatible avec la politique de généralisation de la couverture à toute la population, le mode de financement doit être basé financièrement sur une solidarité nationale et non pas sur une simple solidarité professionnelle⁶²². Cependant, bien que la couverture s'étende progressivement aux diverses catégories de la population inactive, le financement du système demeure toujours au Liban, et a persisté pendant longtemps en France, financé par les seules cotisations de ses ressortissants actifs.

⁶²¹- V. note J-J Dupeyroux, Sécurité sociale : adapter la nature des ressources à celle des dépenses, Le Monde, 21 septembre 1976 ; V. aussi A. Euzeby, Faut-il fiscaliser la sécurité sociale ? Dr.Soc. 1978, p. 181

⁶²²- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, Droit de la sécurité sociale, 17e édit. Dalloz, Paris, 2011, p. 228.

Section 2 : l'évolution du mode de financement par les cotisations sociales.

Puisqu'elles présentent certains inconvénients, les cotisations sociales ont été modifiées par le législateur français dans le but d'améliorer ce mode de financement de la sécurité sociale. En effet, deux sujets ont été évoqués lors de l'adoption de la politique de généralisation du système français de sécurité sociale. D'un côté, il convient d'assurer des ressources suffisantes pour un système qui couvre toute la population. Ainsi, un élargissement de l'assiette de cotisations a été adopté comme une solution pour augmenter la recette de la sécurité sociale (paragraphe 1). D'un autre côté, il s'agit de protéger le marché d'emploi de la charge lourde imposée par les cotisations sociales sur le coût du travail. Afin de répondre à ce besoin, plusieurs exonérations et allègements des cotisations de sécurité sociale ont été mis en vigueur (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'élargissement de l'assiette des cotisations.

Lors de la création du système de sécurité sociale, en France comme au Liban, l'assiette des cotisations a été limitée par une valeur maximale, baptisée « plafond de cotisations »⁶²³. Ainsi, le montant du salaire pris en compte pour calculer les cotisations ne pouvait pas dépasser ce plafond, l'excédent étant exonéré⁶²⁴. Jusqu'en 1967, toutes les cotisations finançant le système français de sécurité sociale étaient plafonnées. Mais progressivement, le besoin de financement s'est accru surtout avec la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. Alors, une politique de déplafonnement de l'assiette des cotisations a été mise en vigueur afin d'élargir la recette de sécurité sociale. Aujourd'hui, toutes les cotisations sociales en France, à l'exception de celles de la branche vieillesse, sont désormais calculées sur la totalité du salaire et des rémunérations assimilées⁶²⁵. Cependant, au Liban, bien que le besoin d'augmentation des ressources de la

⁶²³- On parle d'un plafond de cotisations lorsqu'au-dessus d'un certain chiffre, les rémunérations qui constituent leur assiette en sont exonérées.

⁶²⁴- CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Droit de la sécurité sociale*, 6^{ème} édit. LDDJ, Paris, 2013, p. 213.

⁶²⁵- Le plafond des cotisations d'assurance maladie-maternité a été supprimé par étapes successives, de 1967 à 1984. V. LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 454.

sécurité sociale soit évident compte tenu du déficit remarquable du système, les cotisations sociales sont toujours limitées par un plafond.

En effet, la notion de plafonnement, retrouvées dans les systèmes de sécurité sociale, créés en France en 1945 et au Liban en 1963, a été héritée du système d'assurance sociale conçu en Allemagne par le chancelier Bismarck en 1881. Elle a émergé, tout d'abord, dans un contexte de plafond d'affiliation, pour ensuite être employée dans un cadre de plafond de cotisation (A). Le premier avait un rôle de déterminer les salariés modestes assurés par le système bismarckien, tandis que le deuxième était utilisé pour limiter l'assiette soumise aux cotisations de sécurité sociale. Cependant, une telle limitation était jugée défavorable suite à l'orientation des politiques sociales française et libanaise, vers la généralisation de la couverture. L'objectif était, donc, d'augmenter la recette de la sécurité sociale afin de financer les frais supplémentaire occasionnés par la généralisation de la couverture surtout en matière d'assurance maladie-maternité. Ainsi, un élargissement de l'assiette de cotisations s'est avéré nécessaire tant en France qu'au Liban. Cet élargissement a été réalisé en France par le déplafonnement total des cotisations, alors qu'au Liban, le besoin n'a pas été comblé, bien qu'une augmentation du plafond ait été appliquée pendant ces dernières années (B).

A. La notion du plafonnement: du plafond d'affiliation au plafond de cotisations.

La notion du « plafonnement » a été utilisée, en matière de la protection sociale, avant même la mise en place des systèmes de sécurité sociale dans le monde⁶²⁶. Elle remonte dans l'histoire à une origine bismarckienne. En effet, le système d'assurance sociale créé par Bismarck en Allemagne⁶²⁷ a adopté un certain plafond afin de pouvoir déterminer les salariés qui seront affiliés obligatoirement au système. Ainsi, ce dernier s'est uniquement intéressé aux salariés modestes dont les revenus ne dépassaient pas un montant bien déterminé.

⁶²⁶- Le plafond de la sécurité sociale a été inventé avant-guerre au temps où les assurances sociales n'étaient obligatoires que pour les salariés dont le revenu était inférieur à un plafond. V. BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Assurance maladie et système d'offre de soins en France*, ellipses, France, 2007, p. 106.

⁶²⁷- V. *Supra*. p. 29.

Cette origine bismarckienne s'est manifestée en France lors de la mise en vigueur du système d'assurance sociale en 1930⁶²⁸. En effet, le plafond allemand a été transporté et utilisé de la même façon, en France, comme critère de détermination des salariés affiliés à ce système d'assurance.

En 1945, date de création de la sécurité sociale en France, le plafond d'affiliation, antérieurement adopté, fut abandonné du fait qu'il ait perdu son rôle fondamental. En effet, l'ensemble des travailleurs était affilié à la sécurité sociale indépendamment de leurs revenus. Cependant, la notion de plafond a été conservée en matière de financement du nouveau système. Ainsi, un plafond de cotisation fut adopté ultérieurement afin de limiter l'assiette des cotisations. À l'instar du système français de sécurité sociale, le système libanais a plafonné l'assiette de cotisation.

Aujourd'hui, le terme de plafond de la sécurité sociale, ou plus rigoureusement nommé le plafond de cotisations sociales, désigne la limite maximale de revenu au-delà de laquelle les cotisations ne sont plus calculées. Désormais, il ne faut plus confondre le plafond d'affiliation, rencontré avant l'année 1945, et le plafond de cotisations. Si en effet le premier avait un rôle de réserver le système d'assurances sociales aux salariés ayants des revenus modestes⁶²⁹, le deuxième agit pour protéger les travailleurs les mieux payés des charges sociales qualifiées « *trop lourdes* »⁶³⁰.

En matière d'assurance maladie-maternité, le plafonnement de l'assiette de cotisations était argumenté en se référant à deux logiques.

D'une part, lors de la création de la sécurité sociale en France, le système devait être d'abord une *assurance de salaire*⁶³¹. En effet, à cette époque, les services de santé publique étaient essentiellement financés par les impôts. Ainsi, le rôle de la sécurité sociale était d'assurer un

⁶²⁸- « *Quand la Sécurité Sociale française fut créée avec l'ordonnance du 4 octobre 1945, les principes de financement posés par Bismarck en 1881 furent intégralement repris* ». V. CHADELAT Jean-François, « Le financement de la sécurité sociale », la Revue Parlementaire, n° 892, mai 2014. Disponible en ligne sur : www.larevueparlementaire.fr. (Consulté le 16-05-2014).

⁶²⁹- Cela en fixant la limite de rémunération au-delà de laquelle le travailleur ne pouvait plus être qualifié comme un assuré sociale, et bénéficier par conséquent des prestations fournies par le système d'assurance sociale.

⁶³⁰- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 455.

⁶³¹- PELLET Rémi, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013.

revenu de remplacement à l'assuré suite à une perte causée par une interruption de travail. Autrement dit, le système couvrait à la base ce que l'on appelle aujourd'hui « les prestations en espèce ». Compte tenu de l'état plafonné de ces prestations, elles devaient être financées par des cotisations elles-mêmes plafonnées. Cette logique n'est plus valable dès lors que le système de sécurité sociale commence à prendre également en charge la couverture des soins. A ce moment, le système connu précédemment comme une assurance de salaire, devient en plus une assurance de santé. Ainsi, s'est ajoutée à son rôle de base, la mission d'assurer des prestations en espèce plafonnées et dépendantes du salaire, ainsi que celle de couvrir des prestations en nature indépendantes du salaire et logiquement déplafonnées. Enfin, il faut noter que cette logique, convenablement adoptée durant une certaine époque en France, ne peut absolument pas être un argument justifiant le plafonnement des cotisations d'assurance maladie au Liban. En effet, la branche d'assurance maladie au Liban n'a jamais été une assurance de salaire et ne prenait pas, par conséquent, en charge les prestations en espèce plafonnées.

D'une autre part, la logique strictement assurantielle consiste à calculer les primes d'assurance maladie en fonction du risque assuré. Ainsi, la cotisation d'assurance de santé varie en fonction du coût des soins prévisibles et non plus en fonction du revenu de la personne assurée. Ce raisonnement engendre certainement une charge supérieure imposée aux travailleurs ayant des revenus faibles et modestes par rapport à ceux qui touchent des revenus élevés. Cela s'explique par la différence des conditions de vie et de travail de ces deux catégories de travailleurs. En effet, les risques de maladies auxquelles sont exposées les personnes aux revenus modestes sont généralement plus onéreux. Certes, une telle situation peut être acceptable dans le cadre d'une assurance privée. Cependant, elle ne peut, en aucun cas, être valable en matière d'assurance sociale publique puisqu'elle s'oppose aux principes et concepts fondamentaux de la sécurité sociale, notamment la solidarité équitable entre les assurés. Conséquemment, le calcul des cotisations de l'assurance maladie ne peut être proportionnel aux risques mais doit demeurer proportionnel aux revenus. Toutefois, afin de respecter la logique assurantielle, ces cotisations vont devoir être plafonnées. Effectivement, le plafonnement de la cotisation de l'assurance maladie, a été proposé comme une solution pour financer des prestations attribuées en fonction des besoins des assurés et non pas en fonction de leurs revenus. Ainsi, une nouvelle logique s'instaure, celle-ci supporte le financement de prestations, régies naturellement par les besoins, par des cotisations qui seront elles-mêmes régies par un plafond.

B. Le déplafonnement des cotisations de l'assurance maladie-maternité.

Le plafond de l'assiette de cotisation a connu de vives critiques tant du point de vue économique que social. Cela a amené la France à le supprimer progressivement, alors qu'au Liban cette évolution ne s'est toujours pas produite.

Tout d'abord, contrairement à l'impôt sur le revenu connu pour son caractère progressif puisqu'il frappe les tranches supérieures du revenu par des taux plus élevés, les cotisations plafonnées sont qualifiées de dégressives⁶³². Autrement dit, « *la charge de la cotisation par rapport au revenu réel diminue d'autant plus que le revenu dépasse plus largement le plafond de rémunération* »⁶³³. De la sorte, le plafond permet à un salarié rémunéré d'une somme égale ou supérieure au double du plafond de payer une cotisation égale à celle acquittée par un salarié qui ne bénéficie que d'une rémunération égale au plafond. Ainsi, mathématiquement parlant, une cotisation de 12% sur un revenu inférieur au plafond ne vaut que 6% pour une personne qui gagne un revenu égal à deux fois le plafond.

Ce caractère dégressif des cotisations plafonnées a soulevé la question de l'injustice sociale entre les personnes assujetties au système. Quelle justice existe-t-il dans un système social dans lequel un ménage où seule une des deux personnes travaille et est rémunérée de deux fois le plafond, cotise deux fois moins qu'un ménage où les deux travaillent mais chacun a un revenu égal au plafond ? Ne s'agit-il pas d'une « *incohérence* »⁶³⁴ si un système ayant pour objectif la redistribution de la richesse nationale, impose à une rémunération très supérieure au plafond une cotisation de même valeur que celle imposée à une rémunération égale au plafond ?

En outre, au-delà de l'injustice sociale du plafond de l'assiette de cotisation, le plafonnement est devenu, surtout en matière de l'assurance maladie-maternité, incompatible avec la couverture fournie par le système. En effet, les prestations de la branche maladie ont été

⁶³²- DUPEYROUX Jean-Jacques, PRETOT Xavier, *Op.cit.*, 2008, p. 72 ; CHADELAT Jean-François, « Le financement de la sécurité sociale », la Revue Parlementaire, n° 892, mai 2014, disponible en ligne sur : <http://www.larevueparlementaire.fr/> (Consulté le 16-05-2014).

⁶³³- PELLET Rémi, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013.

⁶³⁴- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 455.

étendues à des ayants droits non cotisants, ainsi qu'à des assurés inactifs et non cotisants⁶³⁵, soit les chômeurs. Et avec la crise économique, le chômage a augmenté énormément, ce qui a fait chuter le nombre de travailleurs cotisants. Ainsi, le financement des prestations d'assurance maladie-maternité par des cotisations plafonnées est devenu insuffisant et le plafond a été qualifié d'« économiquement injustifiable »⁶³⁶.

Enfin, en raison de ces nombreuses critiques, et compte tenu de sa tendance à la généralisation de la couverture maladie, la France a ajusté l'élargissement des recettes de la sécurité sociale à celui des prestations. Ainsi, les cotisations d'assurance maladie-maternité ont été déplafonnées *progressivement*⁶³⁷ entre 1967 et 1984⁶³⁸ ultérieurement à la séparation des cotisations d'assurance maladie et vieillesse. Désormais, la base de calcul des cotisations n'est plus limitée à un plafond. *Au terme de ce processus les cotisations qui étaient dégressives devinrent proportionnelles*⁶³⁹. Cet élargissement a été réalisé bien que la règle de déplafonnement ait été opposée par les partenaires sociaux. Ces derniers trouvaient que le plafond était devenu le seul élément qui donne le caractère assurantiel à une couverture maladie financée sur la base de revenus salariaux⁶⁴⁰. Cependant, les cotisations, qui représentent la seule source de financement du système de sécurité sociale au Liban, demeurent à ce jour plafonnées. Cette situation reste inchangée malgré le fait que la suppression du plafond fût devenue un besoin financier fondamental au Liban compte tenu du grand déficit du système.

⁶³⁵- Comme c'est le cas en France avec la mise en application de la couverture maladie universelle.

⁶³⁶- PELLET Rémi, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013.

⁶³⁷- BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Assurance maladie et système d'offre de soins en France*, ellipses, France, 2007, p. 105.

⁶³⁸- « *La lenteur du processus de déplafonnement s'explique d'autant plus que les pouvoirs publics n'avaient pas oublié qu'après avoir supprimé le plafonnement de l'assiette de la cotisation d'allocations familiales en 1958, le gouvernement avait dû le rétablir dès l'année suivante car cette mesure de déplafonnement avait été dénoncée par certains syndicats comme une étape préalable au transfert de l'encaissement des cotisations de sécurité sociale aux administrations fiscales. La crainte d'une "fiscalisation-étatisation" des régimes sociaux conduisait ainsi ces syndicats à défendre, au nom de la démocratie sociale, un mode de prélèvement régressif, c'est-à-dire dont la charge diminuait avec le revenu.* ». Noté par : PELLET Rémi, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013.

⁶³⁹- CHADELAT Jean-François, « Le financement de la sécurité sociale », la Revue Parlementaire, n° 892, mai 2014, disponible en ligne sur : <http://www.larevueparlementaire.fr> (Consulté le 16-05-2014).

⁶⁴⁰- PELLET Rémi, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013.

Paragraphe 2 : Le phénomène d'exonération et d'allègement des cotisations de la sécurité sociale.

Les cotisations de la sécurité sociale sont considérées comme de lourdes charges qui nuisent à la politique d'emploi. Compte tenu de ce fait, un nombre de dispositifs d'exonérations et d'allègements ont été mis en application par le législateur français (A). Toutefois, ces dispositifs ont eu des répercussions négatives sur la recette de la sécurité, ce qui a incité ce dernier à quêter une modalité destinée à les compenser (B).

A. Les dispositifs d'exonérations et d'allègements des cotisations.

Les exonérations des cotisations de la sécurité sociale visent d'une part les personnes dont la situation économique nécessite l'application d'un contrat aidé (1), et d'autre part certaines zones géographiques qualifiées de zones défavorisées (2). En outre, une réduction générale dégressive des cotisations baptisée « réduction Fillon » se met en place en faveur des salaires les plus modestes (3).

1. Exonération au titre des contrats aidés.

La première catégorie d'exonération a pour but de lutter contre le chômage des personnes connaissant une difficulté d'embauche sur le marché de l'emploi⁶⁴¹. Il s'agit d'appliquer des allègements de cotisations en faveur des jeunes employés (a) et des chômeurs de longue durée (b). Ce mécanisme encourage les employeurs à recruter ces personnes bénéficiants des contrats aidés, en diminuant leurs charges sociales.

⁶⁴¹ - MORVAN Patrick, *Op.cit.*, 2013, p.490.

a. *Les allègements en faveur des jeunes employés.*

Les jeunes non qualifiés représentent une partie majeure des chômeurs. En effet, un tiers des jeunes sont au chômage⁶⁴². Pour faire face à ce phénomène, plusieurs contrats aidés ont été mis en vigueur. L'objectif était de mettre en application un nombre de procédés destinés à promouvoir l'emploi des jeunes. Ces mesures visent à la fois les contrats d'apprentissage (i) et les contrats de professionnalisation⁶⁴³ (ii).

i. Les contrats d'apprentissage.

Les contrats d'apprentissage concernent les jeunes travailleurs, qui sont contraints, de par leur programme d'études, de suivre une formation qui va être à la fois pratique et théorique. Cette double formation a pour objectif de fournir ces jeunes de la qualification professionnelle nécessaire à l'obtention de leur diplôme. Ainsi, l'apprenti reçoit une éducation professionnelle associant une formation pratique en entreprise à des enseignements théoriques au sein d'un centre de formation.

Ce type de contrat est régi en France par les articles L. et R. 6211-1 et suivants du Code du travail. Il s'agit obligatoirement d'un contrat à durée déterminée dont la durée peut s'étendre d'un an à trois ans maximum. En outre, une obligation d'âge s'impose afin de pouvoir délimiter la catégorie des "jeunes". Ainsi, l'âge de l'apprenti doit se situer dans la fourchette 15-25 ans⁶⁴⁴. La rémunération prévue par ce genre de contrats étant un pourcentage du SMIC qui varie en fonction de l'âge de l'apprenti et en fonction de l'année d'exécution du contrat.

En matière de sécurité sociale, l'apprenti est affilié au régime général des salariés. Cependant, compte tenu du fait que l'apprentissage est considéré comme étant un contrat aidé, une exonération des cotisations est mise appliquée afin de promouvoir le travail des jeunes.

⁶⁴² - *Ibid.* p.490.

⁶⁴³ - Des mesures d'exonération des cotisations patronales pour les contrats de professionnalisation conclus avec des jeunes bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans, en matière d'assurance maladie-maternité, ont été appliquées avant le 1^{er} janvier 2008.

⁶⁴⁴ - Toutefois l'âge est prolongé jusqu'à 30 ans en cas de succession de contrat et il est sans limite pour les handicapés.

En ce qui concerne les cotisations dues à la branche d'assurance maladie-maternité, l'exonération est variable selon la taille et la nature de l'entreprise⁶⁴⁵. Selon l'article L. 6243-2⁶⁴⁶ du contrat du travail, les entreprises artisanales et celles qui emploient moins de 11 salariés, bénéficient d'une exonération totale des cotisations patronales et salariales. Cependant, pour les entreprises non inscrites au répertoire des métiers et qui occupent 11 salariés et plus, seules les cotisations patronales sont exonérées totalement. En effet, l'exonération des cotisations salariales s'applique uniquement sur la fraction du salaire égale à 11% du SMIC. Au-delà de cette fraction, les cotisations sont calculées sur une assiette mensuelle forfaitaire égale à 151,67 fois le SMIC horaire⁶⁴⁷. Autrement dit, la cotisation salariale, dans ce cas, est calculée en se basant sur une assiette forfaitaire sur laquelle un abattement d'un pourcentage de 11% du SMIC a été appliqué.

ii. les contrats de professionnalisation.

L'article L. 6314-1 du Code français du travail⁶⁴⁸ donne, à chaque travailleur, le droit de suivre une formation primordiale dans son domaine de travail afin d'être qualifié professionnellement. Ce droit se réalise généralement par la conclusion d'un contrat de professionnalisation en faveur du travailleur. Le cas échéant, des « périodes de professionnalisation »⁶⁴⁹ sont mises à disposition des salariés en cours d'exécution d'un contrat à durée indéterminée et qui suivent une formation en alternance. Ces périodes *ont pour objet de favoriser par des actions de formation le maintien dans l'emploi de salariés en contrat à durée indéterminée*⁶⁵⁰.

⁶⁴⁵ - COLBEAUX Véronique, « régime général: financement, aides et allègements de charges sociale. Contrat aidés : apprentissage et contrat de professionnalisation », JusrisClasseur Protection Sociale Traité, 15 février 2011.

⁶⁴⁶ - Modifié par l'article 30 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014.

⁶⁴⁷ - MORVAN Patrick, *Op.cit.*, 2013, p.490.

⁶⁴⁸ - L'article L. 6314-1 du code français du travail modifié par l'article 22 de la Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 dispose que : « *Tout travailleur engagé dans la vie active ou toute personne qui s'y engage a droit à l'information, à l'orientation et à la qualification professionnelles et doit pouvoir suivre, à son initiative, une formation lui permettant, quel que soit son statut, de progresser au cours de sa vie professionnelle d'au moins un niveau en acquérant une qualification correspondant aux besoins de l'économie prévisibles à court ou moyen terme* ».

⁶⁴⁹ - Circ. DGEFP n° 2007-21, 23 juill. 2007.

⁶⁵⁰ - Article L. 6324-1 du Code français du travail.

Certes, au contraire des contrats de professionnalisation, la formation en alternance se fait en parallèle avec l'exécution d'un contrat de travail⁶⁵¹. Toutefois, qu'il s'agisse d'un contrat de professionnalisation ou de « périodes de professionnalisation », l'objectif reste celui de favoriser l'insertion ou la réinsertion de la personne bénéficiaire sur le marché du travail.

Le contrat de professionnalisation peut être à durée déterminée ou indéterminée. S'agissant du contrat à durée déterminée, il est valable initialement pour une durée de 6 à 12 mois. Il peut, cependant, être renouvelé une seule fois selon des modalités spécifiques⁶⁵². Deux objectifs sont en vue de par ces contrats, en fonction de la catégorie de personnes visée. En effet, pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans accomplis, les contrats de professionnalisation assurent une continuité de leur formation initiale⁶⁵³. Et pour les personnes âgées de vingt-six ans et plus, le but est de leur fournir des opportunités de travail⁶⁵⁴ bien qu'ils n'aient pas suivi la formation académique convenable. Par ailleurs, le travail dans le cadre d'un contrat de professionnalisation à durée indéterminée est obligatoirement précédé par une action de formation professionnelle. La durée de cette professionnalisation peut être comprise entre 6 et 12 mois et elle est destinée à assurer aux bénéficiaires la qualification nécessaire à l'accomplissement du travail.

En matière d'exonération des cotisations sociales, les contrats de professionnalisation ont été principalement ponctués par deux dates. Tout d'abord, en 2004, lors de la création de ces contrats, les cotisations patronales dues au titre des assurances maladie-maternité ont été exonérées. Cette exonération s'appliquait pour les contrats conclus avec les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans révolus et ceux âgés de 45 ans et plus. Toutefois, cette situation s'est modifiée le premier janvier 2008. A compter de cette date, l'exonération précitée a cessé d'être

⁶⁵¹- COLBEAUX Véronique, « régime général: financement, aides et allègements de charges sociale. Contrat aidés : apprentissage et contrat de professionnalisation », JusrisClasseur Protection Sociale Traité, 15 février 2011.

⁶⁵²- Le contrat de professionnalisation à durée déterminée est renouvelable une fois dans deux cas. D'une part, si « le bénéficiaire ayant obtenu la qualification visée, prépare une qualification supérieure ou complémentaire ». D'une autre part, si « le bénéficiaire n'a pu obtenir la qualification visée pour cause d'échec aux épreuves d'évaluation de la formation suivie, de maternité, de maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de défaillance de l'organisme de formation ». V. l'article L. 6325-7 du code français du travail, modifié par l'article 9 de la Loi n°2011-893 du 28 juillet 2011.

⁶⁵³- Selon l'article D. 6325-4 du code français du travail, créé par le Décret n°2008-244 du 7 mars 2008, « Les périodes en entreprise réalisées au titre de la formation initiale des jeunes sous statut scolaire ou universitaire ne peuvent donner lieu à la conclusion de contrats de professionnalisation ».

⁶⁵⁴- V. l'article L. 6325-1, modifié par l'article 23 de la Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009.

appliquée pour ces deux catégories de demandeurs d'emploi. En effet, ce ne sont plus que les contrats conclus avec les personnes âgées de 45 ans et plus qui en bénéficient⁶⁵⁵.

b. Les allégements en faveur des chômeurs de longue durée.

Dans le but de simplifier l'insertion professionnelle des chômeurs de longue durée, la France a mis en vigueur un contrat unique d'insertion (CUI). Ce contrat s'adresse aux personnes faisant face à des difficultés d'accès à l'emploi. Ce contrat, mis en vigueur le 1^{er} janvier 2010, a été institué par la loi française du 1^{er} décembre 2008⁶⁵⁶ ayant pour objectif de réformer les politiques d'insertion en simplifiant la structure des contrats aidés en France.

Ainsi, le contrat unique d'insertion est considéré comme un nouveau cadre légal *plus performant pour les politiques publiques, plus équitable pour les salariés et plus souple pour les employeurs*⁶⁵⁷. Il est constitué d'une convention individuelle conclue entre l'employeur, le bénéficiaire et l'État ou le département, et d'un contrat de travail.

En effet, la conclusion d'un contrat unique d'insertion se décline en deux versions. Il s'agit d'un contrat initiative-emploi (CIE) pour le secteur marchand, et d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) pour le secteur non marchand. En principe, quelle que soit la version de l'embauche sous forme d'un contrat unique d'insertion, l'employeur bénéficie d'une aide financière prise en charge par l'État. Le montant de cette aide est égal à un pourcentage du SMIC horaire brut⁶⁵⁸ multiplié par le nombre d'heures effectuées dans la limite du temps de travail indiqué dans la convention. Toutefois, en matière de sécurité sociale, seul le « contrat d'accompagnement dans l'emploi » ouvre droit à une exonération spécifique de cotisations patronales. En effet, l'employeur est exonéré des cotisations au titre

⁶⁵⁵ - Les fiches internet de la DGEFP, « Le contrat de professionnalisation », novembre 2011. Disponible en ligne sur : <http://www.emploi.gouv.fr>. (Consulté le 20-06-2014); URSSAF, « Le contrat de professionnalisation », 1^{er} janvier 2013. Disponible en ligne sur : www.urssaf.fr. (Consulté le 20-06-2014).

⁶⁵⁶ - Loi n° 2008-1249, 1^{er} décembre 2008, publiée dans le JO en 3 décembre 2008.

⁶⁵⁷ - COLBEAUX Véronique, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allégements de charges sociales. - Contrats aidés : contrat unique d'insertion », JurisClasseur Protection sociale traité, 1^{er} avril 2010. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexis-com>.

⁶⁵⁸ - Le taux est fixé par arrêté du préfet de région, en fonction d'un certain nombre de critères tenant notamment au secteur d'activité de l'employeur, à la situation économique locale et aux difficultés d'accès à l'emploi du bénéficiaire du contrat. V. le contrat français du travail : Art. L. 5134-72 pour le CIE et Art. L. 5134-30 pour le CAE.

des assurances sociales, dont l'assurance maladie-maternité, durant toute la durée de la convention. Le montant de cette exonération ne peut, en aucun cas, dépasser la valeur des cotisations patronales calculées à hauteur d'une rémunération égale au produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées⁶⁵⁹. Ainsi, restent dues, outre les cotisations salariales, les cotisations patronales afférentes à la partie de la rémunération excédant cette limite exonérée⁶⁶⁰.

Enfin, il faut mentionner que, dans le cas d'embauche sous forme d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi, l'aide de l'État et l'exonération de cotisations ne se cumulent pas avec une autre aide à l'emploi⁶⁶¹. Suite à la conclusion d'un contrat initiative-emploi, l'employeur est à même de bénéficier d'une aide de l'État. Celle-ci peut être cumulable avec les exonérations patronales de sécurité sociale de droit commun⁶⁶², notamment la réduction « Fillon »⁶⁶³. Par ailleurs, les entreprises situées dans des zones géographiques défavorisées⁶⁶⁴, bénéficiant, à ce titre, de certaines exonérations, ne peuvent les cumuler avec l'aide de l'État précitée. En effet, ces entreprises seront amenées à faire le choix entre l'exonération de cotisations sociales et l'aide de l'État pour le contrat initiative-emploi⁶⁶⁵.

2. Exonération dans des zones géographique défavorisées.

Le législateur français a mis en œuvre des exonérations de charges patronales en faveur des entreprises implantées dans des zones défavorisées. Cette action s'inscrit dans une logique de minimalisation des ravages occasionnés sur l'emploi par les cotisations sociales. L'objectif de cette démarche était de développer les activités économiques et d'encourager l'embauche des salariés dans les zones géographiques en difficulté

⁶⁵⁹- Cela, dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle applicable à l'établissement. V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, Op. cit., 17e édition, Dalloz, 2011, p. 826.

⁶⁶⁰- V. contrat français du travail, Art. L. 5134-31 et Art. D. 5134-481.

⁶⁶¹- V. contrat français du travail, Art. L. 5134-33.

⁶⁶²- vu l'absence d'une exonération spécifique de cotisations sociales dans cette version du contrat unique d'insertion.

⁶⁶³- V. *infra*. p. 238.

⁶⁶⁴- V. *infra*. p. 232.

⁶⁶⁵- Circ. min. DGEFP 11, n° 2005-12, 21 mars 2005.

économique. Par suite, se sont distinguées quatre types de zones en ce qui concerne les régimes d'exonération.

a. Les zones de redynamisation urbaine et zones de redynamisation rurale (ZRU et ZRR).

Les zones de redynamisation urbaine et les zones de redynamisation rurale sont les premières zones défavorisées qui ont fait l'objet d'une abondante réglementation. En effet, ces zones ont été définies par la loi n° 95-115 du 4 février 1995 relative à l'aménagement et le développement du territoire (i). Désormais, les ZRU et ZRR sont considérées comme des zones aidées, et elles sont soumises, selon l'article L. 131-4-2 du CSS, à un régime commun d'exonération (ii).

i. La détermination des ZRU et ZRR.

Le législateur français a déterminé un certain nombre de critères devant être respectés afin de déterminer tant les ZRU que les ZRR.

En fait, l'article 42 de la loi du 4 février 1995 définit les ZRU comme étant « *les zones sensibles confrontées à des difficultés particulières, appréciées en fonction de leur situation dans l'agglomération, de leurs caractéristiques économiques et commerciales et d'un indice synthétique* ». La vérification de ces critères se base sur les éléments suivants :

- Le nombre d'habitants du quartier ;
- Le taux de chômage ;
- La proportion de jeunes de moins de 25 ans ;
- La proportion des personnes sorties du système scolaire sans diplôme ;
- Le potentiel fiscal des communes intéressées.

Les ZRR, elles, sont définies par l'article 1465 A II du code général des impôts, né de l'article 52 de la loi du 4 février 1995. Ces zones englobent les communes membres d'un

établissement public de coopérative intercommunale (EPCI) à fiscalité propre, situées dans un arrondissement ou un canton à faible⁶⁶⁶ ou très faible⁶⁶⁷ densité de population et remplissant l'un des trois critères suivants :

- Déclin de la population constaté sur l'ensemble de l'arrondissement ou du canton ;
- Déclin de la population active⁶⁶⁸ ;
- Forte proportion d'emplois agricoles⁶⁶⁹.

ii. Le régime d'exonération de cotisations appliqué aux ZRU et ZRR.

D'après l'article 12-1 de la loi du 14 novembre 1996, les employeurs sont exonérés de cotisations patronales de sécurité sociale dues à la branche d'assurance maladie-maternité pour leurs salariés embauchés dans les ZRU et ZRR⁶⁷⁰. Cependant, cette exonération est valable seulement pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail, et son application est limitée par les conditions ci-dessous :

- l'effectif de l'entreprise ne doit pas dépasser les 50 salariés ;
- cet effectif doit être conservé, au même niveau atteint lors de l'embauche, pendant les douze mois civils suivant ;
- l'absence de tout licenciement pour motif économique au cours des douze mois précédant l'embauche.

⁶⁶⁶- Sont à faible densité de population : Les arrondissements dont la densité démographique ne dépasse pas 33 habitants au kilomètre carré ; et les cantons dont la densité démographique ne dépasse pas 31 habitants au kilomètre carré.

⁶⁶⁷- Les cantons ou les arrondissements à très faibles densité de population sont ceux qui ont une densité démographique inférieure à cinq habitants au kilomètre carré. V. D. n° 2005-1435, 21 novembre 2005 : JO 22 novembre 2005.

⁶⁶⁸- La population active prise en compte est celle ayant un emploi au sens du recensement général de la population et dénombrée au lieu de résidence. Les variations de la population et de la population active sont mesurées par comparaison des résultats des recensements généraux de 1990 et de 1999. V. D. n° 2005-1435, 21 novembre 2005 : *J.O* 22 novembre 2005.

⁶⁶⁹- Correspond à une forte proportion d'emplois agricoles, un taux de population active agricole supérieure au double de la moyenne nationale calculée sur la base des résultats du recensement général de la population de 1999. V. D. n° 2005-1435, 21 nov. 2005 : *J.O* 22 Novembre 2005.

⁶⁷⁰- V. art. 131-4-3 du CSS.

Enfin, pour éviter toute sorte de fraude pouvant être éventuellement subie par l'employeur, le législateur français a prévu un dispositif « anti-délocalisation » dans les ZRR. Ce dispositif sanctionne les entreprises et les organismes qui cessent volontairement leur activité ou transfèrent leur lieu d'exploitation hors les ZRR dans les cinq ans suivant la date d'effet des exonérations. En effet, ces dernières vont devoir rembourser les exonérations desquelles elles ont bénéficié⁶⁷¹.

b. Les zones franches urbaines (ZFU).

Les zones franches urbaines sont définies par l'article 42,3.B de la loi du 4 février 1995. Elles couvrent des quartiers relevant de zones urbaines sensibles qui sont particulièrement défavorisées selon les critères pris en compte pour la détermination des ZRU. Les entreprises implantées dans ces zones bénéficient d'une exonération de cotisations patronales de la sécurité sociale prévue par la Loi n° 96-987 du 14 novembre 1996⁶⁷². Cette exonération a été modifiée plusieurs fois. À présent, l'exonération des cotisations patronales est appliquée pleinement sur la partie de la rémunération qui n'excède pas 1,4 fois le SMIC. Cependant, les rémunérations supérieures à ce seuil, sont exonérées d'une manière linéaire et dégressive pour devenir nulle lorsqu'elles atteignent 2 fois le SMIC, en 2011. En outre, l'exonération précitée s'applique intégralement pendant une durée de cinq ans. Au-delà de la cinquième année, le bénéfice de l'exonération est maintenu de manière dégressive pendant les trois années suivantes au taux de 60% du montant des cotisations la première années, 40% la deuxième année et 20% la troisième année.

En effet, afin qu'elles puissent être qualifiées de bénéficiaires de cette exonération, les entreprises doivent répondre à certaines conditions. Elles doivent :

- être à jour du paiement des cotisations de la sécurité sociale ;

⁶⁷¹- V. D. n° 2007-94, 24 janvier 2007.

⁶⁷²- Loi relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville.

- avoir au moins un établissement situé dans la zones franche urbaine⁶⁷³ ;
- employer un effectif total de 50 salariés au maximum⁶⁷⁴ ;

En outre, les entreprises implantées dans les ZFU inaugurées entre 1997 et 2004 bénéficient de l'exonération sous deux conditions. D'une part, elles ne doivent pas dépasser un chiffre d'affaires ou bilan de 10 millions d'euros. D'autre part, elles ne doivent pas être contrôlées à 25% par une entreprise réalisant un chiffre d'affaire excédant les 50 millions d'euros. Cependant, la deuxième condition sera éliminée pour les entreprises implantées dans les ZFU en 2006⁶⁷⁵.

Enfin, il reste à noter que la loi du 14 novembre 1996, a prévu une date limite d'implantation ou de création des entreprises dans une ZFU afin de bénéficier de l'exonération. Cette date est prorogée par la loi de financement pour 2012⁶⁷⁶, jusqu'au 31 décembre 2014⁶⁷⁷.

c. Les bassins d'emploi à redynamiser (BER).

Les bassins d'emploi à redynamiser sont créés par l'article 130 de la loi du 30 décembre 2006 de finance rectificative pour 2006. En effet un BER est défini par :

- Un taux de chômage supérieur de trois points à la moyenne nationale ;
- Une baisse de la population de plus de 0.15% entre les deux derniers recensements ;

⁶⁷³- « L'implantation doit correspondre à une réalité économique caractérisée par une implantation réelle et par la présence des éléments d'exploitation ou de stocks nécessaires à la réalisation, en son sein, d'une activité économique effective » v. D. n° 2004-565, 17 juin 2004, art. 1^{er}, I.

⁶⁷⁴- Seul un CDI ou un CDD d'au moins 12 mois ouvre droit à l'exonération de cotisation sociale.

⁶⁷⁵- MORVAN Patrick, *Op.cit.*, 2013, p.502.

⁶⁷⁶- V. L. n° 2011-1977, 28 décembre 2011.

⁶⁷⁷- MILLET-URSIN Catherine, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT . – Aides et allègements de charges sociales. – Aides à l'emploi dans les zones défavorisées », 19 juin 2012, JurisClasseur Protection sociale Traité. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com>. (Consulté le 22-08-2014). MORVAN Patrick, *Op.cit.*, 2013 p.503.

- Une chute de l'emploi de plus de 0.75% entre 2000 et 2004⁶⁷⁸.

Les BER constituent une autre catégorie de territoires qui ouvrent droit à l'exonération des cotisations sociales patronales pour les entreprises. Cette exonération est destinée aux entreprises implantées dans un BER, quel que soit leur effectif, entre le 1^{er} janvier 2007 et 31 décembre 2013⁶⁷⁹. Elle est limitée à 140% de SMIC horaire, et applicable pendant une période de sept ans à compter de la date d'implantation ou de la création de l'entreprise dans les BER. Toutefois, dans le cas où l'embauche d'un salarié se réalise dans les sept ans suivant la date de création ou de l'implantation, l'exonération s'applique pour ce salarié à compter de la date d'effet du contrat de travail pendant sept ans.

d. Les zones de recherche et de développement (ZRD).

Créées par la loi de finances pour 2004, les zones de recherche et de développement ont un but d'encourager les jeunes entreprises qui font un effort particulier et durable en matière de recherche et de développement. Ainsi, ces zones ne concernent que « *les jeunes entreprises innovantes* »⁶⁸⁰. Il s'agit des entreprises de moins de 8 ans d'existence et de moins de 250 salariés, tenues de réaliser des dépenses de recherche représentant au moins 15% des charges totales engagées au titre de chaque exercice⁶⁸¹.

En matière de sécurité sociale, les jeunes entreprises innovantes bénéficient d'une exonération totale des cotisations patronales d'assurances sociales dont l'assurance maladie-maternité. Toutefois, ce droit à l'exonération prend fin lorsque l'entreprise perd le statut de « jeune entreprise innovante ».

⁶⁷⁸- MORVAN Patrick, *Op.cit.*, 2013, p.p.504,505.

⁶⁷⁹- V. Loi n° 2006-1771, 30 décembre 2006, art.130 : *J.O* 31 décembre 2006.

⁶⁸⁰- V. Loi n° 2003-1311, 30 décembre 2003, art.

⁶⁸¹- V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. Cit.*, 17e édition, Dalloz, 2011, p. 828.

3. La réduction générale de cotisations : « réduction Fillon ».

Le législateur français a institué par la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003⁶⁸² une réduction générale des cotisations baptisée « réduction Fillon ». Cette dernière a substitué la réduction « bas salaire » et l'allègement de cotisations « 35 heures », mises en place par la loi n° 93-953 du 27 juillet 1993. Elle concerne tous les salariés titulaires d'un contrat de travail et relevant des employeurs pouvant en bénéficier⁶⁸³.

⁶⁸²- V. *J.O* 18 janvier 2003.

⁶⁸³- Les employeurs pouvant bénéficier de la "réduction Fillon" sont :

- les employeurs du secteur privé entrant dans le champ d'application du régime d'assurance chômage, à savoir : les entreprises industrielles, artisanales, commerciales et agricoles, les entreprises du secteur des services, les professions libérales, les offices publics et ministériels, les sociétés civiles, les syndicats professionnels, les associations et organismes de sécurité sociale sauf ceux ayant le statut d'établissement public (Circ. min. DSS 5B, n° 2003-282, 12 juin 2003 : BOSS 38-03) ;
- les établissements publics industriels et commerciaux des collectivités territoriales, les sociétés d'économie mixte, les entreprises nationales, pour les salariés dont l'emploi ouvre droit à l'allocation d'assurance chômage ;
- les employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins et des mines ainsi que des clercs et employés de notaires. Des règles et formules particulières de calcul de la réduction sont prévues pour ces régimes mais non traitées dans ce présent fascicule (D. n° 2004-821, 18 août 2004 : Journal Officiel 20 Aout 2004 modifié D. n° 2009-27, 7 janv. 2009 : Journal Officiel 9 Janvier 2009. – Circ. DSS/5B, n° 2004-522, 2 nov. 2004. – Circ. ACOSS n° 2006-54, 22 mars 2006) ;
- les employeurs de concierges et d'employés d'immeubles (Circ. ACOSS, n° 2003-127, 25 juill. 2003) ;
- la Poste entrée dans le champ d'application du dispositif à compter du 1er janvier 2006 ;
- les employeurs relevant des régimes spéciaux (autres que l'État, les collectivités territoriales, les EPA, les clercs et employés de notaire, les mines et les marins), mais uniquement pour leur personnel titulaire d'un contrat de travail de droit privé et pour lequel l'employeur a opté pour le régime d'indemnisation du risque de privation d'emploi ou a conclu avec Pôle Emploi une convention de gestion d'indemnisation ;
- les associations cultuelles au titre des cotisations dues sur les rémunérations versées depuis le 1er juillet 2003 aux ministres du culte affiliés au régime général de sécurité sociale, quel que soit leur statut au regard du régime d'assurance chômage (Lettres min. affaires sociales, 12 et 18 mars 2004, diffusées par Circ. ACOSS, n° 2004-082, 8 avr. 2004) ;
- les offices publics d'aménagement et de construction (OPAC) au titre de leurs salariés de droit privé dont l'emploi ouvre droit à l'assurance chômage, y compris ceux qui ont conservé leur ancien statut de "fonctionnaires territoriaux" – pour ces derniers, le montant de la réduction est intégralement imputé sur les cotisations versées au régime général (Lettres min. affaires sociales, 12 et 18 mars 2004 préc.).

En revanche, sont exclus du bénéfice de la réduction :

- l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics administratifs (EPA), scientifiques ou culturels, pour leurs agents titulaires ou non titulaires ;
- les chambres de commerce et d'industrie, les chambres de métiers et les chambres d'agriculture, pour leurs salariés statutaires ou non ;
- les employeurs relevant de régimes spéciaux, autres que les marins, les mines et les clercs ainsi que les employés de notaires, pour leur personnel relevant du régime spécial (notamment Banque de France, SNCF, GDF, France Télécom, Comédie Française, Théâtre national de l'Opéra de Paris, RATP) ;
- les particuliers employeurs (CSS, art. L. 241-13, II).

En effet, la « réduction Fillon », mise en œuvre depuis le 1^{er} juillet 2003, constitue une réduction dégressive des cotisations patronales de sécurité sociale. Elle atteint le montant maximal lorsque la rémunération horaire du salarié égale le SMIC, et elle devient nulle à hauteur de 1,6 fois le SMIC⁶⁸⁴. Son calcul s'opérait mensuellement jusqu'au 1^{er} janvier 2011. Cependant, à partir de cette date, il devient annuel, et ce par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cette annualisation a été instaurée afin que la réduction puisse s'appliquer à la fois aux salaires et aux primes versées par l'employeur sur toute l'année⁶⁸⁵. Ce dispositif a pour objectif d'annuler la fraude subie par les employeurs vu que le calcul par mois permettait à ces derniers qui versaient une part notable de la rémunération sous la forme de primes périodiques de déjouer la dégressivité de la réduction.

Afin de calculer cette réduction, il faut, dans un premier temps, déterminer son coefficient. Une fois ce coefficient connu, il sera multiplié par la rémunération annuelle du salarié.

La détermination du coefficient se fait par l'application d'une formule spécifique qui varie en fonction de l'effectif de l'entreprise. D'après l'article D. 241-7 du code français de la sécurité sociale, le coefficient appliqué pour les entreprises comptant de 1 à 19 salariés est égale à : $(0,281/0,6) \times [1,6 \times (\text{SMIC annuel}/\text{rémunération annuelle brute}) - 1]$. Alors qu'il est égal à $(0,260/0,6) \times [1,6 \times (\text{SMIC annuel}/\text{rémunération annuelle brute}) - 1]$ pour les entreprises de plus de 19 salariés. Ainsi, la formule la plus avantageuse étant réservée, évidemment, aux entreprises les plus modestes.

Enfin, il reste à noter qu'en 2011, les heures supplémentaires ou complémentaires n'ont pas été prises en compte pour déterminer le SMIC annuel employé dans la formule de calcul du coefficient. Toutefois, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a supprimé leur neutralisation⁶⁸⁶, ce qui a entraîné une diminution de l'allègement pour les entreprises imposant des horaires de travail supérieurs à 35 heures par semaine⁶⁸⁷.

⁶⁸⁴ - V. CSS, art. L. 241-13.

⁶⁸⁵ - V. l'art. 12 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010. *J.O* 21 décembre 2010.

⁶⁸⁶ - V. L. n° 2011-1906, 21 décembre 2011, art. 16 : *J.O* 22 Décembre 2011 ; D. n° 2011-2086, 30 décembre 2011 modifiant CSS, art. D. 241-7 ; Circ. ACOSS n° 2012-17, 20 févr. 2012.

⁶⁸⁷ - Pour un exemple comparatif entre 2011 et 2012 qui clarifie cette diminution de la « réduction Fillon », v. JurisClasseur, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allègements de charges sociales. – Allègement général de cotisations sociales patronales et aide aux très petites entreprises », JurisClasseur Protection sociale traité, 6 Avril 2012. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>. (Consulté le 27-08-2014).

B. La compensation des exonérations et allègements de cotisations.

Évidemment, les exonérations et les réductions des cotisations diminuent la recette de la sécurité sociale. Cependant, le fait de transformer un chômeur en salarié, via les dispositifs d'aide mis en place, alimente la recette de la sécurité sociale par la part salariale des cotisations non soumise aux exonérations et réductions. Ce raisonnement est théoriquement valide, cependant, il n'a pas de réelles répercussions positives sur la recette de la sécurité sociale⁶⁸⁸. En fait, les personnes bénéficiant de la plus grande partie des exonérations se déclinent en deux catégories. La première est constituée par des personnes appartenant déjà au monde salarial. Et la deuxième correspond aux salariés embauchés pour des raisons de fonctionnement de l'entreprise, et dont la nécessité aurait amené les employeurs à les recruter sans motivation supplémentaire.

Il est demeuré certain que les dispositifs d'exonération et d'allègement, mis en place afin d'encourager l'embauche, ont contribué à dégrader le solde financier de la sécurité sociale. Il s'agit donc de résoudre ce problème en compensant le manque à gagner. Cette compensation doit être logiquement réalisée par un apport de ressources issues de la solidarité nationale. Ainsi, la solution se concrétise par la compensation du montant convenable aux exonérations et allègements par le budget de l'État.

En effet, d'après la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, toute mesure d'exonération ou de réduction instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de cette loi *donne lieu à une compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'États pendant toute la durée de son application*. En outre, depuis la loi organique du 2 août 2005, le gouvernement est obligé de présenter une annexe au plan de la LFSS qui détaille les exonérations et les modalités de leur compensation.

⁶⁸⁸ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 17e édition, Dalloz, 2011, p. 830.

Titre 2 : La fiscalisation : un mode de financement compatible à un système universel.

Le financement du système de sécurité sociale français reposait initialement et uniquement sur les cotisations sociales. Toutefois, la généralisation de la couverture assurée par ce système a eu comme effet d'augmenter considérablement ses besoins budgétaires. Ainsi, le mode d'approvisionnement jusqu'alors employé s'est avéré insuffisant à lui seul, et il a fallu mener une quête active pour trouver un moyen de le suppléer. Afin de parvenir à ce but, les expériences des systèmes d'inspiration Beveridge ont été prises comme référence. Les recherches ont fini par mettre en avant la fiscalisation comme mode de financement ampliatif convenable.

L'aspiration à l'universalité du système de sécurité sociale, ou autrement dit, son désir d'élargir sa couverture afin d'englober l'ensemble de la population, a imposé la prise en considération de deux facteurs fondamentaux dans le choix du nouveau mode de financement. Il s'agit, d'une part, de trouver un moyen efficace de ravitaillement financier qui réponde à des dépenses en croissance. D'autre part, les sources budgétaires en question doivent être équitables du point de vue de la justice. De ce fait, le recours à des ressources de nature fiscale s'avère plus adéquat qu'un appel à une hausse des taux de cotisations.

Les impôts, et surtout ceux de nature directe, sont indéniablement plus adaptés que les cotisations pour subvenir au besoin financier naissant de l'universalisation, que ce soit pour leur rentabilité ou pour leur statut au regard de la justice⁶⁸⁹. En effet, les impôts ont un champ d'application plus étendu puisqu'ils touchent tous les revenus, et surtout ceux du capital et du patrimoine. Cependant, les cotisations sociales ne sont dues que par les travailleurs et ne frappent que les revenus relatifs au travail. Puisque la couverture sociale généralisée est destinée à l'ensemble de la population, il paraît logique et juste de puiser son financement dans l'intégralité des revenus et appuyer ainsi la contribution des ressources catégorielles, à savoir les cotisations. En somme, un système visant à couvrir tous les citoyens ne peut limiter l'obligation de participation à son financement aux seuls travailleurs. C'est pour cette raison qu'il est essentiel de mettre en place une solidarité financière universelle faisant appel à une

⁶⁸⁹ - LABORDE Jean-Pierre, Op.cit., 2005, p. 112.

collaboration de tous les membres de la société susceptibles de bénéficier de cette couverture sociale.

Certes, la création de la contribution sociale généralisée, considérée juridiquement comme un impôt, a été l'instrument principal du processus de fiscalisation de la sécurité sociale en France (Chapitre 1). Toutefois, il ne s'agit pas de la seule imposition à laquelle le législateur français a eu recours pour financer la couverture maladie généralisée. Ainsi, progressivement, plusieurs taxes ont été mises en vigueur à titre subsidiaire (Chapitre 2). Ces taxes n'ont pas pour unique objectif d'alimenter le fonds de la sécurité sociale. Elles agissent, également, comme instrument de pénalisation et de responsabilisation des activités et des produits dont les effets pèsent négativement sur l'assurance maladie en multipliant ses dépenses.

Enfin, la solution de fiscalisation adoptée en France serait également apte à répondre aux besoins financiers libanais qui pourraient être générés par une éventuelle généralisation de la couverture d'assurance maladie-maternité à toute la population.

Chapitre 1 : les principaux instruments du processus de fiscalisation.

Le processus de fiscalisation de la sécurité sociale se basait, essentiellement, sur des impôts proportionnels au revenu. À cet égard, il s'agit de distinguer entre deux types d'impôts sociaux.

D'une part, la contribution sociale généralisée qui constitue un nouveau type de prélèvement visant à diversifier le mode de financement de la sécurité sociale. Celle-ci s'est avérée être une institution révolutionnaire dans le financement de la sécurité sociale⁶⁹⁰ qui a fait prédominer la fiscalisation (Section 1).

D'autre part, la contribution pour le remboursement de la dette sociale qui a pour but de gérer les dettes accumulées depuis des années dans les comptes de la sécurité sociale. Ce nouveau prélèvement est temporaire, il sera mort une fois sa mission terminée (Section 2).

Section 1 : La contribution sociale généralisée.

Afin d'appliquer la politique de généralisation de la sécurité sociale, notamment la couverture maladie, la France s'est lancée dans la recherche de nouvelles sources de financement. La mission était de trouver un nouveau prélèvement adaptable à un système qui offre une couverture considérable. Certes, le nouveau prélèvement désiré doit produire un haut rendement, compatible à l'étendue de la couverture assurée, toutefois il ne doit pas entraîner une imperfection économique.

En considérant les écarts de richesses et des niveaux de vie qui s'étaient creusés dans les années quatre-vingt, et dans le but de rééquilibrer la fiscalité du capital et du travail, le législateur français a créé la contribution sociale généralisée. L'objectif était d'éviter d'ajouter aux cotisations sociales des recettes fiscales complémentaires dont les revenus de remplacement étaient pour l'essentiel exonérés⁶⁹¹.

⁶⁹⁰- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 851.

⁶⁹¹- PELLET Rémi, *Op.cit.*, 01- octobre- 2013. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexis-com>. (Consulté le 02-04-2015).

Créée par la loi du 29 décembre 1990⁶⁹², la contribution sociale généralisée participe aujourd'hui au financement des trois branches de la sécurité sociale, dont l'assurance maladie. En effet, le régime général ainsi que les autres régimes bénéficient du produit de cette contribution⁶⁹³. Cette dernière s'est insinuée dans le financement de la sécurité sociale en substituant certaines cotisations préexistantes. Ce n'est qu'à partir de l'année 1997, que l'assurance maladie a été concernée par ce phénomène. Progressivement, le taux de la contribution sociale généralisée a augmenté, et parallèlement la cotisation salariale maladie a diminué pour être quasi-totalement remplacée par la nouvelle contribution. C'est pour cette raison que la cotisation des salariés ne représente plus qu'un taux de 0.75%⁶⁹⁴.

La contribution sociale généralisée présente une efficacité remarquable dans le financement de la sécurité sociale. Elle modifie en profondeur sa structure financière. En effet, contrairement aux cotisations sociales, la contribution sociale généralisée est plus rentable et plus équitable. Elle présente un faible nombre d'exonérations, d'une part. D'autre part, elle garantit aux recettes de la sécurité sociale des ressources moins dépendantes de l'évolution de la masse salariale en faisant participer les revenus du patrimoine et des placements financiers⁶⁹⁵. Ainsi, un taux de 1% de la contribution sociale généralisée vaut 9 milliards d'euros, tandis qu'un même taux de cotisations ne produit que 4 milliards d'euros⁶⁹⁶. Ces chiffres font de la contribution sociale généralisée une des premières sources de financement du système de sécurité sociale en France. En outre, compte tenu du montant très élevé de son produit, elle occupe, aujourd'hui, le deuxième rang dans la classification des impôts, derrière la TVA et devant l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés.

Enfin, la contribution sociale généralisée constitue un instrument de modernisation du financement de la sécurité sociale⁶⁹⁷. Cette modernisation se manifeste par certaines caractéristiques qui la différencient des cotisations sociales ordinaires, tant en ce qui concerne son cadre juridique (paragraphe 1), que sa composition (paragraphe 2).

⁶⁹² - L. 29 décembre 1990, art. 127 à 135 ; codifiée par la loi du 22 juillet 1993 aux arts. L. 136-1 et S. du CSS.

⁶⁹³ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 851.

⁶⁹⁴ - Les indemnités journalières légitiment encore ce reliquat de financement professionnel. V. BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Op.cit.*, 2007, p. 106.

⁶⁹⁵ - MATT Jean-Luc, *Op.cit.*, 2001, p. 131.

⁶⁹⁶ - BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Op.cit.*, 2007, p. 107.

⁶⁹⁷ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 268.

Paragraphe 1 : Le cadre juridique de la contribution sociale généralisée.

La contribution sociale généralisée présente un cadre juridique qui la diffère de la cotisation sociale. L'analyse de ce cadre juridique se décline en deux axes. Le premier, étant plus théorique, concerne par la détermination de la nature juridique de la CSG, qui, depuis sa création en 1990, a fait l'objet d'un grand débat (A). Il s'agit de savoir si celle-ci doit être assimilée à un impôt ou à une cotisation sociale. Le deuxième axe, touchant au côté pratique, s'intéresse à la question de déductibilité de cette contribution de l'impôt sur le revenu (B).

A. Une nature juridique « duale » de la CSG.

Comme pour tout nouveau prélèvement, l'identification de la nature juridique de la contribution sociale généralisée a été longuement débattue. En effet, lors de sa création, cette contribution a été définie clairement par la législation française comme étant un prélèvement fiscal sur l'ensemble des revenus. Cette qualification a été renforcée par le Conseil constitutionnel français⁶⁹⁸. Cependant, la législation communautaire européenne contredit l'assimilation de la contribution sociale généralisée à un impôt. Ainsi, la Cour de justice de l'union européenne a conçu par la considération de la contribution sociale généralisée comme prélèvement fiscal, une opposition aux dispositions du règlement communautaire 1408/71. Dès lors, plusieurs jurisprudences lui ont accordé la même nature juridique qu'une cotisation sociale.

Le doute soulevé par la détermination de la nature juridique de la contribution sociale généralisée est effectivement raisonnable. Cette dernière est un prélèvement dont le champ d'application est semblable à celui de l'impôt sur le revenu, et en sont donc redevables toutes les personnes physiques considérées comme fiscalement domiciliées en France au sens du code générale des impôts. Néanmoins, elle est destinée uniquement au financement des prestations sociales, ce qui a inspiré certains auteurs à la qualifier de cotisation sociale. C'est ainsi que le dualisme juridictionnel portant sur sa nature juridique est né.

⁶⁹⁸ - Cons. Const., 28 déc. 1990, décision n° 90-285 DC, Dr. Soc. 1991, p. 338, note X. Prétot.

En se référant à la décision du Conseil constitutionnel de 1990, la contribution sociale généralisée fait partie des impositions de toutes natures⁶⁹⁹ au sens de l'article 34 de la Constitution française. Cette qualification a été adoptée aussi par le Conseil d'État⁷⁰⁰. La prise d'une telle décision par le Conseil constitutionnel peut se comprendre par « *sa souplesse et sa plasticité* »⁷⁰¹. En effet, il s'est basé sur le fait que la contribution sociale généralisée ne se qualifie, en aucun cas, de cotisation de sécurité sociale⁷⁰². De même, elle ne peut pas être considérée comme une taxe parafiscale puisque cette dernière, en plus du fait qu'elle doit être créée par décret pris en Conseil d'État, ne peut être perçue par un établissement public administratif⁷⁰³. Également, la contribution sociale généralisée n'est pas une redevance, puisqu'elle ne représente pas une contrepartie d'un service rendu. En outre, sa qualification d'imposition de toutes natures peut être justifiée, selon Franck PETIT, par le fait qu'elle soit : « *un prélèvement de nature obligatoire sur lequel le législateur détient une compétence normative* »⁷⁰⁴. Alors, il revient au législateur de décider sa création, son taux, son assiette et les procédures d'affectation.

Cependant, la Cour de justice de l'Union européenne a dénoté dans la qualification d'impôt de la contribution sociale généralisée, une discordance entre la France et la commission européenne⁷⁰⁵. Ainsi, elle a condamné la France pour avoir prélevé la contribution sociale généralisée sur les revenus des travailleurs français exerçant leur activité à l'étranger. La Cour a noté clairement dans sa jurisprudence du 15 février 2000⁷⁰⁶, que la contribution sociale généralisée entre dans le cadre du règlement communautaire n° 1408/71 du 14 juin 1971 relatif à la coordination des législations de sécurité sociale au niveau communautaire⁷⁰⁷. Cette décision a été argumentée par le fait que la contribution sociale généralisée soit affectée

⁶⁹⁹- Cons. Const., 28 mars 1998, n° 95-45.198, Bull. civ. V, n° 166; V. aussi not. Cons. Const., 19 déc. 1996, RJS, 1/97,789 ; CE, 4 nov. 1996, RJS, 2/97, 197 ; comp. Soc. 16 nov. 1995, RJS, 1/96,79 et soc. 28 nov. 1996, RJS, 1/97, 102, écartant la qualification impôt proprement dit.

⁷⁰⁰- CE 4 nov. 1996, Ass. Défense des sociétés de course, RJS n° 2, 1997, p. 197 ; TPS 1997. Comm. 26 ; 7 janv. 2004, Martin, RJS n° 4, 2004, p. 451 ; Rev. dr. fisc. n° 42, 2004. Comm.765, concl. E. Glaser.

⁷⁰¹- PETIT Franck, *Droit de la protection sociale*, 2ème édition, Lextenso, paris, 2014, p. 177.

⁷⁰²- PRETOT Xavier, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 13ème édit, paris, 2010, p.83 ; CE, 6 oct. 1999, TPS 1999. 444.

⁷⁰³- PETIT Franck, *Op.cit.*, 2014, p. 177.

⁷⁰⁴- *Ibid.*, p.177.

⁷⁰⁵- CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Op.cit.*, 2013, p. 241.

⁷⁰⁶- CJCE, 15 février 2000, RJF, 3/00, n°436.

⁷⁰⁷- CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, « La CSG a la double nature d'un impôt et d'une contribution sociale, selon la Cour de cassation » Dépêche, paris, 5 juin 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.aef.info>. (Consulté le 24-03-2015).

exclusivement au financement des divers régimes de sécurité sociale. Cependant, selon le Conseil Constitutionnel « *aucun principe, non plus qu'aucune règle de valeur constitutionnelle ou organique, ne fait obstacle à ce qu'une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, qui relève de la catégorie des impositions de toutes natures au sens de l'article 34 de la Constitution, soit employée à d'autres fins que le financement des régimes de sécurité sociale* »⁷⁰⁸. Certes, la Cour ne s'est pas prononcée sur la nature juridique de la contribution sociale généralisée. Toutefois, elle a précisé que pour l'application des règles de coordination et au sens du droit communautaire, celle-ci revêtait la nature de cotisations de sécurité sociale⁷⁰⁹. Le champ d'application de la décision de la Cour de justice de l'Union européenne ne concerne que les travailleurs frontaliers. Il s'agit d'une décision d'espèce puisque le juge a précisé que : « *le présent recours ne concerne la perception de la contribution sociale généralisée que dans la mesure où elle porte sur les revenus d'activité et de remplacement obtenus par des travailleurs salariés ou indépendants résidant en France... à l'occasion d'une activité professionnelle qu'ils exercent dans un autre État membre* »⁷¹⁰.

Les scrupules de la Cour de cassation sur cette affaire ont été évidents. Elle a commencé, avant l'an 2000, par adopter la même position que celle du Conseil constitutionnel, en considérant que la contribution sociale généralisée possède la nature d'un impôt. Cette dernière est ensuite revenue sur sa position, d'abord implicitement, par la décision du 15 juin 2000⁷¹¹, puis clairement, par un arrêt le 5 avril 2001⁷¹². Paradoxalement, elle a déclaré que la contribution sociale généralisée a la même nature qu'une cotisation sociale. Une telle présentation peut pousser le lecteur à croire que la Cour de cassation modifierait sa jurisprudence. Cependant, la chambre sociale de la Cour de cassation a clairement précisé sa position par son arrêt du 31 mai 2012⁷¹³. Par ce dernier, elle a déclaré que la contribution

⁷⁰⁸- Cons. Const., n° 2001-447 DC, 18 juill. 2001, JO 21 juill. 2001, p. 11743, consid. 16 et 17.

⁷⁰⁹-SEGUIN Anne, « Nature juridique de la contribution sociale généralisée », Dalloz SOCIAL/Droit de la sécurité sociale, 26 juillet 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.dalloz-actualite.fr>. (Consulté le 25-03-2015).

⁷¹⁰- NICOLAS Thierry et FVREAU Véronique, « CSG des travailleurs frontaliers : la France condamnée », LES ECHOS, 17-03-2000. Disponible en ligne sur : <http://www.lesechos.fr>. (Consulté le 25-03-2015).

⁷¹¹- soc. 7 déc. 2000, RJS 2/01 n° 239.

⁷¹²- CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, *Op.cit.*, 5 juin 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.aef.info>. (Consulté le 24-03-2015).

⁷¹³- Soc., 31 mai 2012, n° 11-10762 ; DISANT Mathieu, « La nature de la CSG rentre dans l'ordre constitutionnel », Constitutions 1.55/2013.

sociale généralisée fait partie des « impositions de toutes natures » au sens du droit interne français, mais qu'elle revêt aussi la nature d'une cotisation sociale au sens du droit européen. Dès lors, la contribution sociale généralisée dispose d'une « double nature » selon la Cour de cassation⁷¹⁴.

Pour résumer l'état actuel du droit, il nous est possible de considérer que la contribution sociale généralisée ne possède pas le statut de cotisation sociale. Toutefois, au regard des règles prohibant le double assujettissement des travailleurs migrants, on lui applique le régime juridique des cotisations. Du reste son régime juridique est bien celui d'un impôt⁷¹⁵.

Enfin, quel que soit son objet, et malgré l'existence d'un dualisme juridictionnel, la contribution sociale généralisée est visiblement la première étape dans la fiscalisation du financement de la sécurité sociale. Elle représente un mode de financement à la fois équitable mais aussi efficace puisqu'il frappe l'ensemble des revenus et non pas seulement ceux du travail. Ainsi, il réalise la justice sociale désirée dans le calcul des prélèvements et permet une redistribution plus efficace des revenus. Il s'agit d'un élément qui renforce les notions de solidarité et d'universalité⁷¹⁶. Et comme l'a décrit J.P. Laborde, la contribution sociale généralisée est « *une imposition véritablement moderne* » qui est « *adéquate à un système de sécurité sociale en voie si ce n'est d'universalisation, au moins de généralisation complète* »⁷¹⁷. Par conséquent, son succès représente un entraînement puissant à la fiscalisation complète du financement de la sécurité sociale.

B. Un prélèvement partiellement déductible au regard de l'impôt sur le revenu.

Lors de sa création en 1990, la contribution sociale généralisée était considérée comme un impôt, et n'était pas, par conséquent, déductible du revenu soumis à l'impôt sur le revenu. Il s'agit de l'application du principe habituel de non déductibilité du produit d'un impôt de

⁷¹⁴- KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 5^{ème} édit. Dalloz, Paris, 2014, p. 411.

⁷¹⁵- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 118.

⁷¹⁶- BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Op.cit.*, 2007, p. 107.

⁷¹⁷- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 120.

l'assiette d'un autre impôt⁷¹⁸. Cependant, avec l'augmentation importante de son taux en 1997 et 1998, elle est devenue partiellement déductible.

Certes, la déductibilité appliquée, même partiellement, n'est pas compatible avec la nature fiscale attribuée à la contribution sociale généralisée⁷¹⁹. Toutefois, cette déductibilité peut être justifiée puisque la contribution sociale généralisée a été mise en vigueur pour remplacer une cotisation sociale qui elle-même est déductible.

Sûrement, le remplacement des cotisations sociales déductibles par une contribution sociale généralisée maintenant son état non-déductible entraîne une importante pression globale socio-fiscale⁷²⁰. Cependant, la rendre déductible n'était pas la seule solution pour faire face à un tel problème. Afin de ne pas exagérer la pression globale socio-fiscale, il a été possible de garder la non-déductibilité de la contribution sociale généralisée, mais en « *augmentant modérément* »⁷²¹ son taux. Une telle solution mène à une réduction certaine des recettes directement affectées aux régimes d'assurance maladie. Toutefois, une augmentation du produit de l'impôt sur le revenu doit effectivement survenir. Par conséquent, l'État va restituer le surcroît de l'impôt sur le revenu à la sécurité sociale. Il s'agit de financer des dépenses de solidarité par les impôts sur le revenu. Cette opération paraît plutôt logique, et n'affiche pas tant de complexité. Elle est plus simple que l'obligation imposée à l'État, depuis la loi du 25 juillet 1994, de rembourser à la sécurité sociale le coût des allègements des charges sociales qu'il impose dans le cadre de sa politique pour l'emploi⁷²². Certes, l'adoption de cette solution ne se heurte pas à des obstacles techniques. Néanmoins, elle met en question la possibilité de fusionner complètement la contribution sociale généralisée et l'impôt sur le revenu. De plus, elle menace l'autonomie de la sécurité sociale par rapport à l'État. Ainsi, c'est un obstacle politique qui la rend inexécutable.

⁷¹⁸- Par exemple, les revenus professionnels des particuliers servent à payer des consommations soumises à la TVA, et le produit de cet impôt proportionnel n'est pas déductible par les particuliers de l'assiette de leur IR, impôt progressif. V. PELLET Rémi, *Op.cit.*, 01- octobre- 2013. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>. (Consulté le 05-04-2015).

⁷¹⁹- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 466.

⁷²⁰- Puisque le même revenu sera affecté par deux taux : le taux de la CSG et le taux de l'IR.

⁷²¹- PELLET Rémi, *Op.cit.*, 01- octobre- 2013. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>. (Consulté le 06-04-2015).

⁷²²- V. *Supra.* p. 227.

Décidément, la solution adoptée par l'État français est celle de rendre la contribution sociale généralisée partiellement déductible. En effet, le rapport « La Martinière » du 31 mai 1996 remis au Premier ministre Alain Juppé, a recommandé que la future contribution sociale généralisée soit déductible. Dès lors, ont été rendues déductibles les deux parts de contribution sociale généralisée qui rentrent dans le financement de la branche d'assurance maladie, créées en 1997 et 1998, ainsi que leurs hausses de taux décidées en 2004 et 2008. Cette décision était prise puisque la contribution sociale généralisée « *se substitue à des cotisations qui ne sont pas comprises actuellement dans les bases de l'impôt sur le revenu* »⁷²³.

Finalement, il reste à mentionner que certaines voix appellent aujourd'hui à mettre fin à la déductibilité de la contribution sociale généralisée⁷²⁴. Ils trouvent par l'application de cette mesure une injustice qui s'oppose au principe d'universalité. Il s'agit de ne pas imposer une contribution de poids égal à tous les ménages. En effet, quasiment tous les foyers sont soumis à la contribution sociale généralisée, par contre, ils ne sont pas tous imposables. Ainsi, la déductibilité de la contribution sociale généralisée favorise plus les personnes qui paient l'impôt sur le revenu en diminuant leur base imposable et par conséquent le montant de leur impôt. En outre, vu que la contribution sociale généralisée est proportionnelle aux revenus, les personnes ayant les revenus les plus élevés bénéficient davantage puisque la part déductible de leur revenu imposable est systématiquement plus importante.

En revanche, les partisans de la déductibilité de la contribution sociale généralisée, ont pu démontrer que cette action peut, au contraire, favoriser les personnes modestes. Leur logique énonce qu'une personne à faible revenu peut se trouver imposable si on rajoute la part déductible à son assiette de base soumise à l'impôt sur le revenu. C'est pour cette raison que l'argument employé par les opposants à la déductibilité de la contribution sociale généralisée ne semble pas être très valable.

⁷²³- Groupe de travail sur la réforme des prélèvements obligatoires, « Rapport de synthèse », La documentation Française, Paris, 31 Mai 1996. Disponible en ligne sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>. (Consulté le 2 avril 2015).

⁷²⁴-, « vers la fin de la CSG déductible ? », impôt sur le revenu, 25 mars 2014. Disponible en ligne sur : <http://impotsurlerevenu.org>. (Consulté le 2 avril 2015).

Paragraphe 2 : La composition de la contribution sociale généralisée.

La contribution sociale généralisée est pourvue d'un champ d'application très vaste. Contrairement aux cotisations sociales et à l'impôt sur le revenu, son assiette ne présente que très peu d'exonérations⁷²⁵. Le but de sa création était d'établir une corrélation entre un prélèvement sur l'ensemble des revenus et la généralisation de la sécurité sociale⁷²⁶. Ainsi, elle se composait à la base de trois contributions. On distingue entre la contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement (A) ; celle qui frappe les revenus du patrimoine (B) et la troisième qui concerne les produits de placement (C). Cependant, depuis 1996, une quatrième contribution a été ajoutée frappant les sommes engagées ou les produits réalisés à l'occasion des jeux (D). L'existence de quatre contributions sociales généralisées se justifie par des raisons d'ordre pratique⁷²⁷. En effet, il a paru plus simple que ces contributions soient recouvrées par des organismes qui sont déjà chargés de collecter des prélèvements basés sur des assiettes proches. D'une part, Il s'agit de confier le recouvrement de la contribution sociale généralisée, frappant les revenus d'activité et de remplacement, à l'URSSAF, déjà chargés de recouvrir les cotisations sociales dont l'assiette repose essentiellement sur le salaire. D'autre part, il convient d'adresser la collection des trois autres contributions aux services fiscaux, puisque leurs assiettes sont proches de celle adoptée pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

L'étendu franc du champ d'application de la contribution sociale généralisée explique son appellation, même si certains revenus échappent encore à son empire⁷²⁸. En outre, l'assujettissement des revenus, qui n'ont aucun lien avec le salariat, au financement de la sécurité sociale, renforce la politique de généralisation si ce n'est d'universalisation de cette dernière.

⁷²⁵ - BADEL Maryse, *Op.cit.*, 2007, p. 147.

⁷²⁶ - CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Pierre et WILLMANN Christophe, *Op.cit.*, 2013, p. 236.

⁷²⁷ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 852.

⁷²⁸ - LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 118.

A. La contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement.

Concernant le champ d'application personnel de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement, deux conditions doivent être réunies pour qu'une personne puisse être assujettie. Ainsi, toutes les personnes domiciliées fiscalement en France, et qui sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie, sont concernées par cette contribution.

En outre, on distingue entre trois catégories de revenus faisant l'objet de cette contribution. Cette dernière implique autant les salaires(1) que les revenus professionnels des travailleurs non-salariés (2), ainsi que les revenus de remplacement(3).

1. Les salaires et revenus assimilés.

Identiquement à l'assiette des cotisations professionnelles définies par l'article L. 241-1, toutes les sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail sont soumises pour leurs valeurs brutes à la contribution sociale généralisée. Il s'agit des traitements, salaires, primes, indemnité ainsi que les avantages en nature.

De surcroît, certains avantages sont assujettis à la contribution sociale généralisée bien qu'ils échappent aux cotisations sociales. L'article L. 136-2 II intègre dans l'assiette de la contribution sociale généralisée des sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement ; des sommes provenant de la réserve spéciale de participation ; des contributions patronales affectées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance⁷²⁹ ; des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction excédant les montants légaux et conventionnels ou, en l'absence de tels montants, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ; de l'allocation conventionnelle versée aux salariés en congé parental ou à temps partiel⁷³⁰. En

⁷²⁹- À l'exception de celles destinées aux régimes ARRCO et AGIRC et de celles relatives aux avantages de préretraite et de cotisation anticipée d'activité.

⁷³⁰- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 854.

revanche, les rémunérations des apprentis et des stagiaires de la formation professionnelle sont exonérées⁷³¹.

Le taux de la contribution sociale généralisée relatif aux salaires et revenus assimilés est égal à 7.5%. Cependant, ce taux ne s'applique pas à la somme totale des revenus. En effet, un abattement forfaitaire de 1,75%⁷³² est appliqué pour les frais professionnels. Cette réduction a été introduite afin d'assurer une égalité de traitement avec les non-salariés qui acquittent la contribution sociale généralisée sur un revenu net de frais professionnels.

2. Les revenus professionnels non-salariés.

On distingue entre deux sortes de revenus professionnels non-salariés soumis à la contribution sociale généralisée. D'une part, les revenus des travailleurs indépendants non agricoles, et d'autre part, les revenus des exploitants agricoles.

En ce qui concerne les travailleurs non-salariés non agricoles, l'assiette de la contribution sociale généralisée est identique à celle servant au calcul de l'impôt sur le revenu⁷³³. Ainsi, le revenu net de frais professionnels est compris dans l'assiette de la contribution sociale généralisée. Cependant, comme pour les cotisations sociales, certains abattements et réductions ne sont pas déduits. Il s'agit notamment du report des déficits et des amortissements différés des exercices déficitaires antérieurs et l'abattement prévu pour les adhérents des centres de gestions agréés. Enfin, une fois le revenu professionnel déterminé, les cotisations personnelles de sécurité sociale avancées par le chef d'entreprise seront ensuite ajoutées à l'assiette désirée.

Quant aux exploitants agricoles, la détermination de l'assiette de la contribution sociale généralisée se fait d'une façon semblable que pour les travailleurs indépendants non-agricoles. La seule différence apparente réside dans le fait que l'assiette assujettie dans ce cas

⁷³¹ - LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 466.

⁷³² - Cet abattement est applicable en 2015 à condition que le montant du revenu ne dépasse pas 152 160 €. V. Direction de l'information légale et administrative, « CSG et CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement : calcul et paiement », Mise à jour le 14.01.2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration français : <http://vosdroits.service-public.fr/>. (Consulté le 11-04-2015).

⁷³³ - CSS, art. L. 136-3.

est calculée à partir d'une moyenne triennale des revenus⁷³⁴ et non pas à partir des revenus de la dernière année connue.

Il reste à mentionner que le taux appliqué à ces deux catégories de revenus professionnels non-salariés est identique à celui employé dans le calcul de la contribution sociale généralisée des salariés.

3. Les revenus de remplacement.

À l'exception de quelques exonérations, l'intégralité des revenus de remplacement sont assujettis à la contribution sociale généralisée. En effet, on distingue, en la matière, trois catégories de revenus de remplacement.

D'une part, les pensions de retraite et d'invalidité, servies par les organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et de prévoyance. Ces pensions sont soumises à la contribution sociale généralisée pour leur montant brut, avant déduction des cotisations de sécurité sociale. Toutefois, les pensions perçues par les titulaires d'avantages de vieillesse ou d'invalidité non contributifs attribués sous condition de ressources ou par des personnes non imposables sont exonérées. Les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, la retraite du combattant, l'allocation de veuvage, l'allocation aux adultes handicapés sont également exonérées par nature⁷³⁵.

D'autre part, les indemnités et allocations versés par la sécurité sociale à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail entrent dans le champ de la contribution sociale généralisée, depuis le 1^{er} janvier 1997, quelle que soit leur dénomination. Néanmoins, les rentes et capitaux servis à l'occasion d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ne sont pas assujettis.

⁷³⁴ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 854.

⁷³⁵ - *Ibid.*, p. 855.

En outre, les allocations de préretraite des régimes légaux ou conventionnels ainsi que les allocations de chômage, dont l'assiette est réduite d'un abattement forfaitaire de 1,7%⁷³⁶ pour frais de recherche d'emploi, sont également frappées par la contribution sociale généralisée, pour leur montant brut. Restent exonérées à cet égard, les allocations d'insertion et les allocations de chômage et de préretraite pour lesquelles le prélèvement de la contribution sociale généralisée réduirait le montant net de l'allocation en deçà du SMIC brut⁷³⁷.

Toutes les autres prestations sociales sont exonérées de la contribution sociale généralisée. Il s'agit principalement des prestations familiales, des aides au logement, des capitaux décès, du RSA et des prestations d'action sociale.

Enfin, le taux de la contribution sociale généralisée n'est pas identique pour tous les revenus de remplacement. Il est de 6.6% pour les pensions de retraite et d'invalidité ; 6,2% pour les allocations de chômage et les indemnités journalières ; et 7,5% pour les allocations de préretraite. Cependant, à l'exception du taux appliqué aux indemnités journalières, ces taux sont réduits à 3.8% pour les personnes imposables mais non imposées du fait des réductions d'impôts⁷³⁸.

B. La contribution sociale sur les revenus de patrimoine.

Sont soumis à la contribution sociale généralisée, les revenus du patrimoine et les revenus assimilés conformément à l'article L. 136-6 du code français de la sécurité sociale. Ainsi, les revenus fonciers, les rentes viagères constituées à titre onéreux, les revenus de capitaux mobiliers, les plus-values foncières et mobilières et les revenus des locations meublées non professionnelles sont assujettis.

⁷³⁶- Cet abattement est applicable en 2015 à condition que le montant du revenu ne dépasse pas 152 160 €. V. Direction de l'information légale et administrative, *Op.cit.*, Mise à jour le 14.01.2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr/>. (Consulté le 11-04-2015).

⁷³⁷- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 855.

⁷³⁸- Direction de l'information légale et administrative, *Op.cit.*, Mise à jour le 14.01.2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr/>. (Consulté le 11-04-2015).

Le taux de cette contribution est fixé par la loi relative à l'assurance maladie, du 13 août 2004, à 8.5%⁷³⁹. Il est appliqué sur une assiette basée sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Toutefois, aucun des abattements mentionnés dans le code général des impôts ne s'applique sur cette assiette⁷⁴⁰. De la même manière, les dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu, en ce qui a trait aux revenus des capitaux mobiliers, ne sont pas déduites.

Concernant le champ d'application personnel de cette contribution, toutes les personnes physiques fiscalement domiciliées en France, même si elles ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu, sont, par principe, assujetties. S'agissant des personnes fiscalement domiciliées hors la France, elles sont redevables des contributions sociale uniquement sur leurs revenus fonciers de source française. L'étendu de ce champ d'application a été bridé par le jugement de la Cour de justice de l'union européenne datant du 26 février 2015⁷⁴¹. Désormais, les personnes affiliées à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'union européenne ne peuvent pas être soumises aux prélèvements sociaux français sur leurs revenus du patrimoine.

C. La contribution sociale sur les produits de placement.

Selon l'article L. 136-7 du code français de la sécurité sociale, toutes les personnes physiques fiscalement domiciliées en France sont assujetties à la contribution sociale sur leurs produits de placement. Cette contribution, à l'image de la précédente, possède une assiette très large qui est également soumise à un taux de contribution de 8.2%⁷⁴². Ainsi, elle touche aussi bien des produits soumis au prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu que des revenus de l'épargne exonérés de l'impôt sur le revenu⁷⁴³.

⁷³⁹- Antérieurement, le taux de la contribution sociale généralisée sur les revenus de patrimoine été de 7.5%. V. LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 467.

⁷⁴⁰- Il s'agit à cet égard des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, au 1 de l'article 150-0 D, à l'article 150-0 D ter et au 2° du 3 de l'article 158 du code général des impôts.

⁷⁴¹- Direction de l'information légale et administrative, «Contributions sociales sur les revenus du capital», Mise à jour le 3-3-2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration français : <http://vosdroits.service-public.fr/>. (Consulté le 13-04-2015).

⁷⁴²- Ce taux est fixé par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

⁷⁴³- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 468.

Pour ce qui est des produits de placement assujettis à l'impôt sur le revenu et à la contribution sociale généralisée, seuls ceux qui possèdent un revenu fixe et sur lesquels un prélèvement libératoire peut être opéré sont concernés. Il s'agit notamment des obligations, des bons du Trésor, des bons de caisse et des bons et contrats de capitalisation.

De surcroît, nombreux produits de remplacement qui sont exonérés d'impôt sur le revenu ont été assujettis à la contribution sociale généralisée suite à la loi de financement de la sécurité sociale du 27 décembre 1996. Désormais, sont concernés par la contribution sociale sur les produits de placement :

- les intérêts et primes d'épargne des comptes et plans d'épargne logement ;
- les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ;
- les produits des plans d'épargne populaire ainsi que des rentes viagère et primes d'épargne auxquels le plan ouvre droit ;
- le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou de la clôture d'un plan d'épargne en action ;
- une partie du revenu constitué au titre de la participation aux résultats de l'entreprise, soit d'un plan d'épargne d'entreprise, soit d'un plan d'épargne en vue de la retraite⁷⁴⁴. Cependant, seule l'épargne populaire ne rentre pas dans le champ d'application de cette contribution.

D. La contribution sociale sur les produits réalisés à l'occasion de jeux.

Depuis l'année 1996, les produits réalisés à l'occasion de jeux sont désormais frappés par la contribution sociale généralisée. Selon l'article L. 136-7 du code français de la sécurité sociale, illustrant les dispositions de cette contribution spécifique, différentes catégories de gains de jeux sont assujetties à raison de taux différents.

D'une part, les sommes mises sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages, les événements sportifs et les émissions, sont soumises à la contribution sociale généralisée sur une fraction de 23%. Le taux correspondant à ces sommes est fixé par la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, à 6.9%.

⁷⁴⁴- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2011, p. 857.

D'autre part, le produit brut de certains jeux réalisés dans les casinos est frappé par la contribution sociale généralisée. Il s'agit des jeux régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques. Le taux de cette contribution n'est pas le même pour tous les jeux. Il est de 9.5%, applicable sur une fraction de 68% du produit brut, pour les jeux de casino automatiques. Et il passe à 12% pour les gains réglés aux joueurs par des bons de paiement manuel⁷⁴⁵, à condition que leur montant soit égal ou supérieur à 1500 euros.

Section 2 : La contribution au remboursement de la dette sociale.

Le fait de chercher l'équilibre annuel des comptes et de trouver le moyen de financement le plus rentable est important, toutefois, il ne faut pas ignorer les déficits passés⁷⁴⁶.

En effet, la branche de l'assurance maladie, en France comme au Liban, souffre, depuis sa mise en vigueur, d'un déficit financier qui s'accumule d'une année à l'autre (paragraphe 1). Il s'agit d'un problème extrêmement imposant qui menace réellement la perpétuité de la couverture fournie par le système de sécurité sociale. Malgré son lourd poids en la matière, ce problème n'a jamais été examiné sérieusement au Liban. Par conséquent, aucune solution théorique n'a été proposée afin de résoudre le déficit de la branche d'assurance maladie au Liban. A contrario, le législateur français s'est profondément penché sur la situation financière du système de sécurité sociale de son pays. Ainsi, dans le but de liquider les dettes cumulées, les observations du législateur, ainsi que l'expérience réussie de la contribution sociale généralisée, l'ont orienté vers la création de la contribution au remboursement de la dette sociale en 1996⁷⁴⁷ (paragraphe 2). Il s'agit, comme pour la contribution sociale généralisée, d'un impôt proportionnel. Cependant cette contribution est éphémère puisque sa mission se limite uniquement, comme sa nomination indique, à apurer le déficit de la sécurité sociale.

⁷⁴⁵- les gains concernés sont définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant sur la réglementation des jeux dans les casinos.

⁷⁴⁶- BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal, *Op.cit.*, 2007, p. 109.

⁷⁴⁷- V. l'ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996.

Paragraphe 1 : Le déficit de la branche d'assurance maladie.

L'histoire financière de la sécurité sociale, au Liban comme en France, révèle une disparité claire entre les recettes et les dépenses des régimes de base obligatoires. Ce déséquilibre de l'ensemble du système social résulte essentiellement du déficit grevé par la branche d'assurance maladie. Ainsi, malgré le fait que les autres branches puissent être excédentaires, la défaillance notable des recettes de la branche d'assurance maladie détermine un résultat global négatif de l'exercice de la sécurité sociale.

Bien que ce déficit ne soit en aucun cas justifié au Liban, certains arguments soutiennent son caractère raisonnable en ce qui concerne le système français de sécurité sociale. Ce déficit est en effet considéré comme le prix à payer pour avoir le meilleur système de santé au monde⁷⁴⁸. Certes, la couverture fournie par la sécurité sociale française, et notamment celle de la branche d'assurance maladie, est beaucoup plus étendue que celle assurée par le système libanais. Cependant, cette affirmation ne peut pas justifier le déficit. En effet, quelle que soit sa qualité, un système de santé doit être viable⁷⁴⁹. En outre, un faible niveau de dépenses n'implique pas automatiquement une mauvaise efficacité des soins. À cet égard, l'évocation de l'exemple du système appliqué en Suède et dans les pays scandinaves confirme cette hypothèse. En réalité, ces pays réussissent à obtenir de bons résultats sanitaires tout en contrôlant leurs dépenses.

Enfin, un réel déficit financier des deux systèmes d'assurance maladie, libanais et français, existe bien (A) et il nous revient de rechercher les causes pouvant l'expliquer (B).

A. L'évolution du déficit de l'assurance maladie.

Les comptes de la branche d'assurance maladie, au Liban comme en France, ont toujours été déficitaires. En effet, les recettes récoltées n'ont jamais été suffisantes pour couvrir les frais de la branche maladie composés de la facture sanitaire et des frais administratifs.

⁷⁴⁸ - V. le classement de l'OMS publié dans son rapport sur la santé dans le monde en 2000. Disponible en ligne sur : <http://www.who.int>. (Consulté le 17-04-2015).

⁷⁴⁹ - FONTANEL Marie, GRIVEL Nicolas et SAINTOYANT Valérie, *Débat public, le modèle social français*, la documentation française, janvier 2007, p. 43.

Le tableau ci-dessous expose le déficit des différentes branches de la sécurité sociale en France (en milliards d'euros) de l'année 2000 à l'année 2013 ⁷⁵⁰:

Année	Branche Maladie	Branche Retraite	Branche Famille	Branche AT - MP	Déficit total
2000	- 1,6	+ 0,5	+ 1,5	+ 0,4	+ 0,7
2001	- 2,1	+ 1,5	+ 1,7	0	+ 1,2
2002	- 6,1	+ 1,7	+ 1	0	- 3,5
2003	- 11,1	+ 0,9	+ 0,4	- 0,5	- 10,2
2004	- 11,6	+ 0,3	- 0,4	- 0,2	- 11,9
2005	- 8	- 1,9	- 1,3	- 0,4	- 11,6
2006	- 5,9	- 1,9	- 0,9	- 0,1	- 8,7
2007	- 4,6	- 4,6	+ 0,2	- 0,5	- 9,5
2008	- 4,4	- 5,6	- 0,3	+ 0,2	- 10,2
2009	- 10,6	- 7,2	- 1,8	- 0,7	- 20,3
2010	- 11,6	- 8,9	- 2,7	- 0,7	- 23,9
2011	- 8,6	- 6	- 2,6	- 0,2	- 17,4
2012	- 5,9	- 4,8	- 2,5	- 0,2	- 13,3
2013	- 6,8	- 3,1	- 3,2	+ 0,6	- 12,5

En comparant les chiffres du tableau ci-dessus, nous constatons une grande variation du montant du déficit produit par l'assurance maladie en France d'une année à l'autre. En effet, jusqu'en 2000, l'exercice de cette branche était déficitaire de 1,6 milliards d'euros. Ce résultat semble plutôt acceptable, surtout quand on l'oppose aux déficits énormes des années suivantes. Ainsi, le déficit a amplement augmenté à partir de l'année 2001, pour atteindre 11,6 milliards d'euros en 2004. La situation s'est améliorée en 2005 avec une baisse du déficit à 8 milliards d'euros. La décroissance du déficit a perduré pendant les années qui ont suivi, et il a atteint les 4,4 milliards d'euros en 2008. Cependant, il a repris de plus belle dès l'année suivante pour atteindre ses records en 2009 et 2010, à respectivement 10,6 et 11,6 milliards d'euros. La situation devenait inacceptable et le retour à l'équilibre du compte de la branche d'assurance maladie s'avérait prioritaire. Les résultats de cette attitude se sont fait sentir avec un déséquilibre ramené à 8,6 milliards d'euros en 2011, et à 7,8 milliard d'euros en 2014.

⁷⁵⁰ - V. Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2013 - édition 2014 (Direction de la Sécurité sociale). Disponible en ligne sur : <http://www.securite-sociale.fr>. (Consulté le 21-4-2015).

En ce qui concerne le cas libanais, l'étude des résultats réalisés par la branche d'assurance maladie est vraisemblablement impossible puisque les chiffres ne sont pas disponibles. Même les chiffres officiels fournis par la caisse nationale de la sécurité sociale au Liban sont douteux. Cependant, ce qui est sûr c'est que cette branche est réellement en déficit. En effet, selon la dernière étude publiée par la caisse nationale de la sécurité sociale au Liban en 2011, la branche d'assurance maladie souffre d'un déficit de 50,976 millions de livres libanaises (environ 26 millions d'euros)⁷⁵¹.

B. L'explication du déficit de l'assurance maladie.

Plusieurs causes peuvent expliquer le déficit de la branche d'assurance maladie. En effet, on distingue entre trois catégories de causes. Il s'agit des causes conjoncturelles (1), des causes structurelles exogènes (2) et des causes structurelles endogènes (3). Cependant, l'influence de ces dernières sur la situation financière du système de la sécurité sociale n'est pas la même au Liban qu'en France.

1. Les causes conjoncturelles.

Les causes conjoncturelles sont des causes inhabituelles ou exceptionnelles qui sont liées à la situation du moment. Ces causes occasionnelles, peuvent être éliminées avec le temps ou avec le changement des circonstances.

Plusieurs causes conjoncturelles affectaient négativement les résultats financiers de la branche d'assurance maladie en France comme au Liban. Il s'agit essentiellement des crises économiques⁷⁵² qui ont eu lieu durant les années passées et surtout à la fin de l'année 2008. Ces crises ont provoqué un ralentissement de la croissance économique dans la plupart des pays de monde. En effet, quand la croissance économique est ralentie, le chômage et la pauvreté augmentent automatiquement d'une part, et les salaires stagnent d'autre part. Et

⁷⁵¹- v. les données publiées par la caisse nationale de la sécurité sociale au Liban. Disponible sur : <https://www.cnss.gov.lb>. (Consulté le 21-04-2015).

⁷⁵²- CORNILLEAU Gérard, « Crise et déficit de l'assurance maladie, Faut-il changer de paradigme ? », REVUE DE L'OFCE, Janvier 2011, p. 116.

comme les cotisations sociales, qui représentent l'élément essentiel du financement de la sécurité sociale en France et le seul au Liban, sont prélevées sur les salaires, les recettes vont évidemment diminuer. Ainsi, le chômage et la pauvreté mènent à une baisse du nombre de personnes assujetties à la cotisation, et la stagnation des salaires paralyse la production des cotisations.

En outre, le travail clandestin, c'est-à-dire le fait d'embaucher des salariés sans contrat de travail, conduit à priver le fonds de la sécurité sociale des cotisations qui auront été payées si l'employeur a déclaré honnêtement ses salariés. Ce problème, bien qu'il se restreigne presque uniquement au domaine de restauration et de service en France, a provoqué, en 2014, un manque à gagner annuel de 20 à 25 milliards d'euros pour la sécurité sociale⁷⁵³.

En fin, vu que la couverture de la sécurité sociale au Liban ne concerne pas les non-travailleurs, les effets de ces problèmes sont dilués. Ainsi, seule la stagnation des salaires causée par les crises économiques affecte réellement la situation financière de la sécurité sociale puisque les cotisations des personnes assujetties baissent bien qu'ils continuent à percevoir une couverture sanitaire. Cependant, en France, le problème pèse encore plus puisque les non-travailleurs qui ne cotisent pas pour la sécurité sociale, bénéficient quand même de ma couverture maladie universelle.

2. Les causes structurelles exogènes.

Les causes structurelles exogènes du déficit de la sécurité sociale sont les causes non liées directement à la structure propre du système de santé. Elles proviennent de l'extérieur et pèsent, d'une manière ou d'une autre, sur les recettes de la sécurité sociale. Il s'agit notamment du vieillissement de la population (a) et du développement dans le domaine des dispositifs médicaux (b).

⁷⁵³- PACHOUD Jeff, « La fraude patronale s'élève à plus de 20 milliards d'euros », SOCIAL-ECO, 17 Septembre, 2014. Disponible en ligne sur : <http://www.humanite.fr>. (Consulté le 21-04-2015).

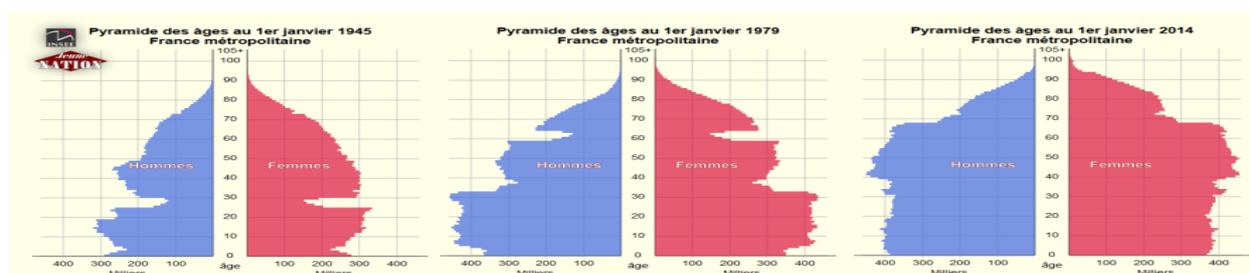
a. *Le vieillissement de la population.*

Le vieillissement est un phénomène résultant de la baisse de mortalité des personnes âgées d'une part, et de la baisse de natalité d'autre part. Ce phénomène entraîne un élargissement du sommet de la pyramide des âges et un rétrécissement de sa base.

En effet, dans une société où le taux de vieillissement de la population est élevé, les besoins de santé vont logiquement augmenter, ce qui entraîne par conséquent une augmentation des dépenses de santé⁷⁵⁴. En outre, l'augmentation de l'espérance de vie signifie que les personnes retraitées inactives présentent un pourcentage élevé de la société. Certes, cette catégorie de la population est couverte par le système d'assurance maladie généralisé, toutefois elle n'est pas assujettie à la cotisation sociale. Alors, le nombre de cotisants va diminuer face à celui des bénéficiaires de la couverture, ce qui entraîne une augmentation du déficit de la branche d'assurance maladie.

Enfin, ce phénomène menace les comptes de la sécurité sociale en France plus qu'au Liban, puisqu'il touche actuellement la plupart des pays industrialisés⁷⁵⁵. En fait, l'évolution de la population française montre que la pyramide des âges en France présente, d'année en année, un sommet de plus en plus large comparé à sa base.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la population française depuis 1945 jusqu'au 1^{er} janvier 2014⁷⁵⁶.



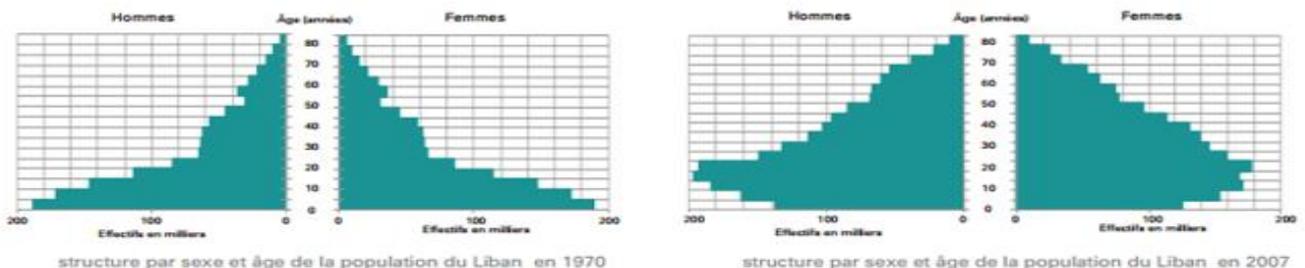
⁷⁵⁴ - BERAUD Claude, « Le vieillissement et les dépenses de l'assurance maladie », l'actualité médicale, 19 octobre 2008. Disponible en ligne sur : <http://www.claudeberaud.fr>. (Consulté le 22-04-2015).

⁷⁵⁵ - La France est parmi les pays les plus marqués par le vieillissement depuis la fin des années 1970. V. PISON Gilles, « Population et Société », Insee, Numéro 454, Mars 2009. Disponible en ligne sur : <https://www.ined.fr>. (Consulté le 22-04-2015).

⁷⁵⁶ - La pyramide est publiée par jeune nation. Disponible en ligne sur : <http://www.jeune-nation.com>. (Consulté le 22-4-2015).

En ce qui concerne le Liban, peu de données nous sont disponibles en la matière. Effectivement, le seul recensement officiel fut réalisé en 1932 sous un mandat français⁷⁵⁷. Depuis, aucun recensement officiel n'a été mené. Cette inaction avait comme but d'éviter l'alimentation des tensions politiques et religieuses. Malgré cette situation, quatre enquêtes sur la population libanaise ont été menées par l'Administration Centrale des Statistiques en 1970, 1996, 2004, et 2007. Ces enquêtes dévoilent que la démographie du pays a évolué vers une augmentation du nombre total de citoyens. Toutefois, sa pyramide des âges a gardé son aspect originel, avec une base plus large que le sommet. Ainsi, le risque de vieillissement de la population qui menace fortement la France ne pèse pas à vrai dire sur la situation financière de la sécurité sociale au Liban.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la population libanaise entre 1970 et 2007⁷⁵⁸.



b. Les progrès médicaux.

De nombreuses études destinées à la détermination des causes des dépenses de santé soulèvent un rôle moteur des progrès médicaux⁷⁵⁹. En effet, la science et la technologie ont considérablement évolué au cours du 20^e siècle notamment dans le domaine médical. Ainsi, plusieurs opérations chirurgicales compliquées et coûteuses sont désormais accessibles. Certes, ce développement dans le domaine des dispositifs médicaux a sauvé de nombreuses

⁷⁵⁷- El-OSTA Nada, « Vieillissement de la population libanaise: démographie, évaluation sanitaire, et impact en santé bucco-dentaire », IAJD Vol. 2 – Issue 1. Disponible en ligne sur : <http://www.iajd.org>. (Consulté le 22-04-2015).

⁷⁵⁸- COURBAGE Youssef, FARGUES Philippe, « La situation démographique au Liban », vol. 1, « Mortalité, fécondité et projections : méthodes et résultats »; vol. 2., Analyse des données In: Revue de géographie de Lyon. Vol. 49 n°4, 1974. pp. 383-384 ; Gouvernement Libanais, ACS (Administration Centrale des Statistiques), UNDP et ILO, 2008, Conditions de vie des ménages 2007 (en Arabe), Beyrouth. 344 pages.

⁷⁵⁹- DORMONT Brigitte, « LES DÉPENSES DE SANTÉ : Une augmentation salutaire ? », Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, Paris, 2009.

vies. Cependant, leur utilisation dans certains cas où leur indication n'est pas vraiment justifiable occasionne des dépenses non nécessaires. En effet, dans les cas susmentionnés, les soins « délicats » remplacent des actes hospitalier classiques, qui sont peut-être modestes comparés aux premiers mais restent tout de même très efficaces. Et comme l'assurance maladie doit couvrir les frais de ces actes, les dépenses de la branche maladie vont augmenter.

Ce problème est fréquent en France comme au Liban. En effet, la France reste très au fait des dernières avancées dans le domaine médical, et, en plus, ce pays fournit à ses citoyens des soins quasiment gratuits. C'est pour ces raisons que les patients français ne trouvent aucun inconvénient à subir des opérations onéreuses et ils vont même aller jusqu'à exiger à avoir des médicaments très couteux. Quant au cas libanais, ce pays abrite de nombreux hôpitaux privés qui cherchent toujours à rester à la pointe de l'actualité dans le domaine. Les médecins exerçants dans les hôpitaux en question vont être amenés à opter pour des actes médicaux aux lourdes factures par rapport à la caisse nationale de sécurité sociale, plus souvent qu'il ne le faut.

Tout compte fait, on peut affirmer que les avancées pré-mentionnées peuvent être salvatrices dans certains cas. Toutefois, leur emploi se trouve parfois non nécessaire puisque les actes qu'elles supposent peuvent être remplacés par d'autres procédures moins complexes et moins onéreuses. Ainsi, un contrôle et une surveillance de l'application des « nouveaux » progrès, par les organismes de la sécurité sociale, s'avèrent indispensables, afin de minorer les dépenses supplémentaires.

3. Les causes structurelles endogènes.

Les causes structurelles endogènes sont celles produites par le système de sécurité sociale, lui-même, en dehors de tout apport extérieur.

Il s'agit en premier lieu des frais de gestion nécessaires pour le fonctionnement de l'organisme. Selon le rapport annuel de 2011 de la Cour des comptes française, les frais de gestions des organismes de sécurité sociale représentaient seulement 3% des dépenses totales de la sécurité sociale. Ainsi, les coûts de gestion ne constituent pas en France une cause principale du déficit de la sécurité sociale et plus précisément de la branche maladie.

Cependant, les coûts de la gestion de la branche d'assurance maladie au Liban représentent 7% des dépenses de cette branche⁷⁶⁰. Ce pourcentage, comparé à celui de la France, semble être élevé. Ce problème n'est pas nouveau au Liban. En effet, plusieurs articles et reportages télévisés l'ont déjà évoqué. La corruption régnant dans le domaine est le premier responsable du déficit de la sécurité sociale. Par conséquent, une politique globale doit être mise en place afin de mettre fin à cette situation misérable de gaspillage des fonds publics.

En outre, le fait d'adopter un mode de financement basé sur les cotisations sociales prélevées sur les salaires peut être une autre cause pouvant expliquer le déficit de la sécurité sociale. Avec l'augmentation du coût du travail, les entreprises préfèrent se délocaliser. Les délocalisations entraînent la suppression d'un certain nombre d'emplois, ce qui occasionne une diminution du nombre des cotisants et par la suite une diminution des recettes de la sécurité sociale. Ce problème a été presque résolu en France avec la création de la contribution sociale généralisée qui se base sur des revenus non-salariés pour financer la sécurité sociale. Cependant, le système libanais souffre toujours de cette difficulté puisqu'il est financé totalement par des cotisations sociales.

Paragraphe 2 : La liquidation des déficits cumulés.

Le déficit successif de la sécurité sociale, et plus précisément celui de l'assurance maladie, a créé ce que l'on appelle le « *trou de la sécu* »⁷⁶¹. Il s'agit de l'accumulation des résultats négatifs subis par la sécurité sociale durant les années passées. Dans le but de mettre fin à cette situation financière défavorable, le législateur français a créé la contribution pour le remboursement de la dette sociale (A). Certes, son champ d'application est très similaire à celui de la contribution sociale généralisée, toutefois plusieurs caractéristiques qui lui sont propres peuvent la distinguer de la première (B).

⁷⁶⁰- V. les données publiées par la caisse nationale de la sécurité sociale au Liban. Disponible sur : <https://www.cnss.gov.lb>. (Consulté le 22-04-2015).

⁷⁶¹- DUVAL Julien, *Le Mythe du « trou de la Sécu »*, Éditions Raisons d'agir, 2007 ; MARTEL Clément, « Le « trou de la Sécu » expliqué en quatre points », *Le Monde*, 01-10-2014. Disponible en ligne sur : <http://www.lemonde.fr>. (Consulté le 23-04-2015).

A. La création de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

Créée par l'ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996, la contribution au remboursement de la dette sociale est destinée à amortir le déficit des années précédentes. En effet, l'application de cette contribution résulte de la promulgation de la loi permettant au Gouvernement, en appliquant l'article 38 de la Constitution, de réformer la sécurité sociale⁷⁶². Il s'agit d'un impôt qui affecte le financement de la caisse d'amortissement de la dette sociale. En outre, cette caisse créée par la même ordonnance en 1996 semble être indissociable des efforts d'équilibrage des comptes de la Sécurité Sociale⁷⁶³.

Certes, la contribution pour le remboursement de la dette sociale est, en principe, temporaire puisqu'elle était limitée au départ à une durée de 13 ans, cependant, elle a été prolongée depuis⁷⁶⁴. L'objectif était de rembourser l'endettement de la sécurité sociale qui s'élevait, à l'époque de la mise en vigueur de la contribution, à un montant estimé entre 30 et 38 milliards d'euros devant être remboursé avant le 31 janvier 2009. Toutefois, le gouvernement de Lionel Jospin a repoussé, le 29 septembre 1997, la perception de la contribution par la caisse d'amortissement de la dette sociale jusqu'au 31 janvier 2014. Cette prolongation de la durée a été mise en vigueur suite au transfert, par le gouvernement à la caisse d'amortissement, d'un montant de 13 milliards d'euros supplémentaires de dettes correspondant aux déficits non remboursés des années 1996 et 1997. De surcroît, 50 milliards d'euros supplémentaires de dette à rembourser⁷⁶⁵ ont été transféré en 2004 à la caisse d'amortissement par le plan de redressement de la sécurité sociale élaboré par Philippe Douste-Blazy. Par conséquent, la date limite de 2014 a été révoquée. Ainsi, la contribution de remboursement de la dette sociale et la caisse d'amortissement devront rester présentes jusqu'à l'accomplissement de leur objectif de supprimer totalement l'endettement de la sécurité sociale.

Enfin, et afin de ne pas pérenniser l'existence de la caisse d'amortissement et la contribution de remboursement de la dette sociale, le Parlement a prévu en 2005 que : « *tout nouveau*

⁷⁶²- V. la loi française n° 95-1348 du 30 décembre 1995.

⁷⁶³- V. site officiel de la caisse d'amortissement de la dette sociale, rubrique : Mission et Fonctionnement, disponible en ligne sur : <http://www.cades.fr>. (Consulté le 23-04-2015).

⁷⁶⁴- LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 116 ; KESSLER Francis, *Op.cit.*, 2014, p. 413.

⁷⁶⁵- Il s'agit de 35 milliards d'euros de déficits cumulés jusqu'à 2004, et 15 milliards d'euros de déficits prévisionnels de 2005 et 2006.

transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale »⁷⁶⁶. Désormais, aucune prolongation de la caisse d'amortissement, ou création d'un nouvel organisme ayant le même objectif, n'est autorisée. Ainsi, cette loi annonce la mort de la caisse d'amortissement dès lors que sa mission actuelle soit accomplie⁷⁶⁷.

B. Les caractéristiques de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

Bien que la contribution pour le remboursement de la dette sociale soit apparemment similaire par sa nature à la contribution sociale généralisée, certaines de ses caractéristiques la rendent différente.

Concernant le champ d'application de la contribution pour le remboursement, il inclut, comme pour la contribution sociale généralisée, les revenus d'activité et de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et les gains de jeu. Du surcroît, elle frappe les ventes de métaux et d'objets précieux. Cependant, plusieurs revenus y sont exonérés. Il s'agit notamment des minima sociaux et de certaines allocations de solidarité, comme le revenu de solidarité active, les allocations de chômage et de préretraite et les pensions d'invalidité et de retraite. Plus encore, parmi les revenus d'activité, les salaires des apprentis, les rémunérations versées aux stagiaires de la formation professionnelle, le remboursement des frais de transports en région parisienne, la contribution patronale aux tickets restaurants et les indemnités de licenciement et assimilées sont également exonérés.

Par ailleurs, le taux de la contribution pour le remboursement de la dette sociale est unique, contrairement à celui de la contribution sociale généralisée. Il est fixé à 0,5% quel que soit le revenu concerné⁷⁶⁸.

⁷⁶⁶ - V. la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale française pour 2006.

⁷⁶⁷ - la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 estime l'accomplissement de la mission de la caisse d'amortissement en 2021. Cependant, il n'interdit pas des variations de cette date : allongement du délai si les taux d'intérêt venait à augmenter, raccourcissement dans le cas contraire.

⁷⁶⁸ - LABORDE Jean-Pierre, *Op.cit.*, 2005, p. 469.

Enfin, semblablement au calcul de la contribution sociale généralisée, un abattement forfaitaire est pris en considération dans le calcul de la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Il s'agit d'un taux de réduction appliqué aux revenus d'activité et aux allocations chômage. Ce taux, correspondant aux frais professionnels et aux frais liés à la recherche d'emploi, a été fixé, au moment de sa mise en vigueur, à 5%⁷⁶⁹. Il s'est ensuite réduit à 3%⁷⁷⁰ le 1^{er} janvier 2005. Puis, la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 l'a ramené à 1,75%⁷⁷¹. Désormais, la contribution pour le remboursement de la dette sociale est calculée sur la base de 98,25% du salaire brut.

⁷⁶⁹- ROIG Éric, « CSG sur les salaires : abattement pour frais », Droit-Finances, juin 2014. Disponible en ligne sur : <http://droit-finances.commentcamarche.net>. (Consulté le 24-04-2015).

⁷⁷⁰- V. la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Disponible en ligne sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>. (Consulté le 24-04-2015).

⁷⁷¹- V. la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>. (Consulté le 24-04-2015).

Chapitre 2 : La fiscalisation appliquée à titre subsidiaire.

Au-delà de la contribution sociale généralisée, plusieurs taxes participent au financement de la sécurité sociale. Ces taxes qualifiées de « recettes de poche », renforcent le processus de fiscalisation progressif que le législateur français désire mettre en avant.

Il s'agit d'un ensemble hétérogène d'impôts qui affectent subsidiairement la recette de la sécurité sociale. En effet, adoptées à vertu « pédagogique »⁷⁷², ces catégories de taxes possèdent un impact financier très limité. L'ambition était d'imposer certaines activités et produits qui pèsent négativement sur le fonds de la sécurité sociale. La politique adoptée à cette fin, consiste à limiter les dépenses en matière de santé, plutôt que de trouver de nouvelles sources de financements susceptibles d'augmenter la recette de la sécurité sociale.

Effectivement, ces taxes diverses profitent à plusieurs branches du système français de sécurité sociale. Cependant, seules les taxes qui contribuent à financer la branche d'assurance maladie seront examinées. À cet égard, deux types de taxations peuvent être distingués. Il s'agit d'une part, des taxes qui pénalisent les comportements coûteux ; celles-ci sont destinées à certains produits dont la consommation menace la santé de la population (section 1). D'autre part, les taxes qui responsabilisent certaines activités en relation directe avec l'assurance maladie, à savoir le secteur pharmaceutique et le secteur d'assurance privée (section 2).

Section 1 : Les taxes pénalisantes les comportements coûteux.

Il existe des attitudes comportementales tendant vers une quête du mieux-être de la part des individus d'une manière générale et des assurés sociaux en particulier. Ces derniers viennent grever lourdement les charges de la sécurité sociale appelée à répondre par une prise en charge des conséquences que peuvent générer les comportements en question.

En effet, les assurés sociaux s'adonnent à une consommation de tabac, première cause de mortalité en France, et d'alcool, occupant la seconde position, et responsables de maladies chroniques graves qui apparaissent dans le long terme et qui nécessitent des soins intensifs

⁷⁷²- HUTEAU Gilles, *Op.cit.*, 2001, p. 146.

lourds. Il est évident que la consommation de ces deux drogues entraîne des pathologies particulièrement graves nécessitant souvent des hospitalisations coûteuses et des thérapies qui affectent sérieusement les budgets de la sécurité sociale en charge de répondre à la couverture sociale de ces pathologies.

À ce titre, il est évident que le tabagisme et l'alcoolisme, nocifs à la santé des individus, explosent la facture sanitaire. Par conséquent, ces comportements augmentent les charges de la sécurité sociale et notamment les prestations de l'assurance maladie. Alors, afin de pénaliser ces comportements coûteux, le législateur français a prévu une taxe sur le tabac (paragraphe 1) et une autre sur les boissons alcooliques (paragraphe 2) en faveur de la branche d'assurance maladie.

Paragraphe 1 : La taxe sur les tabacs.

Le tabagisme constitue un des dangers les plus menaçants pour la santé de la population. De ce fait plusieurs mesures de préventions ont été prises afin de limiter la consommation du tabac.

Le 16 novembre 2006, la France a publié un décret au journal officiel qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ainsi, à compter du 1^{er} février 2007, il est interdit de fumer :

- « dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail ;
- dans les moyens de transports collectifs ;
- dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs »⁷⁷³.

⁷⁷³- V. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, *JO* n°265 du 16 novembre 2006 page 17249.

Du surcroît, dès le 1^{er} janvier 2008, cette interdiction est appliquée aussi dans les « débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants »⁷⁷⁴. Toute négligence de cette interdiction est sanctionnée par une amende.

Parallèlement, le Liban, qui a signé en 2005 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, a voté en septembre 2011 une loi qui interdit de fumer dans les lieux publics fermés. L'objectif était de transformer tous les lieux fermés et affectés à un usage collectif au Liban en zones non-fumeurs. Cette loi, dont l'examen avant publication a duré 7 ans, a été très brièvement appliquée. En effet, sa durée de vie n'a pas dépassé les quelques mois, et c'est l'absence de contrôle et du sérieux dans son application qui sont inculpés.

En matière de l'assurance maladie, le tabagisme est perçu comme un comportement à risque majeur susceptible de provoquer des maladies graves et coûteuses. Ces maladies affectent négativement le fonds de la branche d'assurance maladie en augmentant la facture sanitaire (A). Pour faire face à cette réalité, et afin de protéger, dans une certaine mesure, la situation financière du système de sécurité sociale, le législateur français a imposé une taxe sur le tabac en faveur de la branche d'assurance maladie (B).

A. L'impact du tabac sur la facture sanitaire.

« Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Cette phrase populaire, qui s'affiche sur tous les produits du tabac et qui figure dans toutes les publicités de ces derniers est certainement justifiée⁷⁷⁵. Toutefois, elle n'illustre pas fidèlement l'ensemble des risques occasionnés par le tabagisme. En effet, l'action de « fumer » nuit aussi bien à la santé qu'à l'économie⁷⁷⁶.

⁷⁷⁴- Direction de l'information légale et administrative, « Interdiction de fumer dans tous les lieux publics », site officiel de l'administration française, 16-11-2006. Disponible en ligne sur : <http://www.service-public.fr>. (Consulté le 13-06-2015).

⁷⁷⁵- selon une étude réalisée par le comité national le tabagisme en 2012, 200 personnes meurent prématurément chaque jour en France à cause du tabac. « C'est plus que la mortalité par alcool, drogues illicites, accidents de la route et SIDA réunis ».

⁷⁷⁶- « Si la dangerosité du tabac ne fait plus aujourd'hui débat, le coût sanitaire et social indirect du tabagisme et son impact en termes de dépenses d'assurance maladie font l'objet de contestations récurrentes par certains

Selon les statistiques de l'organisation mondiale de la santé réalisées en 2010, le taux de tabagisme au Liban, qui atteint les 58,8%, est le plus élevé sur l'échelle mondiale. Ce taux est, par ailleurs, beaucoup moins élevé en France où 29% des habitants sont fumeurs. Ainsi, plus que la moitié de la population libanaise et environ le tiers de la population française sont menacées par les maladies liées au tabac. Cependant ce pourcentage ne représente que les personnes que l'on qualifié de « fumeurs actifs », c'est-à-dire celles qui consomment le tabac volontairement qu'il soit fumé ou prisé seul ou associé à d'autres substances. A cette catégorie de la population, il faut ajouter les personnes victimes en situation de tabagisme passif qui inhalent involontairement la fumée dégagée par les fumeurs.

De fait, les maladies liées au tabac et qui menacent les populations libanaise et française sont à la fois diverses et graves. Il s'agit notamment du cancer du poumon ou du cancer des voies aérodigestives supérieures. Le tabagisme favorise également certaines pathologies cardiovasculaires ou respiratoires, telle la bronchopneumopathie chronique obstructive. De surcroît, le tabac met en péril la grossesse et plus globalement la qualité de vie du fumeur et de son entourage.

Ces maladies pèsent lourdement sur le fonds de la sécurité sociale en augmentant la facture sanitaire. En effet, le coût financier du tabac est évalué par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à plus de 47 milliards d'euros par an⁷⁷⁷. Il s'agit des coûts directs représentés par les dépenses engagées pour prendre en charge les malades du tabac⁷⁷⁸ ainsi que des coûts indirects remontés aux journées de travail perdues et indemnisations en raison des arrêts maladies. Le poids financier généré par le tabagisme, qu'il soit direct ou indirect, est principalement pris en charge par la branche d'assurance maladie de la sécurité sociale.

acteurs ». V. DAMAGE Mathilde et FELIX Caroline, « La délicate évaluation du « coût social » du tabac », Le Monde, 27 septembre 2014. Disponible en ligne sur : www.lemonde.fr. (Consulté le 10-06-2015).

⁷⁷⁷- Comité national contre le tabagisme, « Tabac en France: une facture de 47 milliard d'euros par an », 20 décembre 2012. Disponible en ligne sur : <https://destinationsante.com>. (Consulté le 5-06- 2015).

⁷⁷⁸- selon une étude réalisée par des chercheurs en 2006, les frais de santé prises en charge est estimés à 18,3 milliards d'euros. V. CHAYET Delphine, « Le tabac coûte 47 milliards d'euros par an à la collectivité », le figaro, 6 juin 2013. Disponible en ligne sur : www.lefigaro.fr. (Consulté le 10-06-2015).

B. L'affectation du droit de consommation sur le tabac à la sécurité sociale.

Etant donné que la consommation de tabac menace la santé de la population et affecte négativement le budget de la sécurité sociale en augmentant la facture sanitaire, le législateur français a imposé une taxe sur le tabac en faveur de la branche d'assurance maladie. Ainsi, l'affectation du produit des droits de consommation sur le tabac à la sécurité sociale répond à une logique aussi bien sanitaire que financière.

Cette démarche, qui à la fois alimente le fonds de la sécurité sociale et diminue le pourcentage de fumeurs les en pénalisant les consommateurs, doit être prise en considération par le législateur libanais. En effet, la mise en place d'une taxe sur les produits préjudicant la santé s'avère efficace pour en limiter la consommation. Ainsi, comme la consommation de produit dépend en grande partie du prix de vente, la majoration du prix des produits du tabac par une taxe constitue une arme puissante dans la lutte contre le tabagisme. Cette hypothèse d'effet est encore plus conséquente en ce qui a trait aux « jeunes », considérés comme économiquement modestes. La logique du raisonnement suppose que la hausse du prix du tabac dissuadera les plus jeunes de sa consommation, comme elle pourra éventuellement argumenter l'arrêt de consommation des jeunes fumeurs.

En France, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a donné droit à la caisse nationale de l'assurance maladie de bénéficier d'une fraction du produit du droit de consommation sur le tabac. L'idée est de pénaliser les fumeurs en rendant le coût des maladies liées au tabagisme à leur charge. Cette obligation est argumentée par le fait que ces fumeurs peuvent être considérés, en quelque sorte, responsables de l'éventuelle détérioration de leur état de santé.

En effet, les buralistes et les fabricants de tabac ne touchent que 20% du produit de la vente du tabac. Les 80% restants sont ressaisis par l'État français qui perçoit des droits de consommation ou droit d'accises. Une grande majorité du pourcentage perçu par l'État est affectée aux organismes de protection sociale. Ainsi, les régimes de sécurité sociale bénéficient des taxes sur les produits ayant un lien avec les risques qu'ils prennent en charge.

Effectivement, la fraction réservée à la caisse nationale d'assurance maladie s'élève à 60%⁷⁷⁹ depuis la loi de financement de sécurité sociale pour 2014. Ce pourcentage relativement élevé est attribué au fonds de l'assurance maladie puisque l'essentiel des conséquences financières du tabagisme est supporté par cette branche de la sécurité sociale. Son produit constitue, en termes de volume financier, la deuxième ressource fiscale affectée à la sécurité sociale après la contribution sociale généralisée⁷⁸⁰.

En outre, et dans la même perspective de la lutte contre le tabagisme, l'assurance maladie en France accompagne les personnes qui désirent arrêter la consommation des produits du tabac. Elle fait bénéficier à ces personnes d'une prise en charge des substituts nicotiques sous deux conditions. D'une part, les substituts nicotiques doivent faire partie de la liste approuvée par l'assurance maladie. D'autre part, ils doivent être prescrits par un médecin ou une sage-femme sur une ordonnance destinée uniquement à ce type de traitement.

D'une manière générale, la couverture prise en charge est à hauteur de 50 euros par bénéficiaire et par année civile. Cependant, ce montant forfaitaire s'élève à 150 euros pour les femmes enceintes et les jeunes de 20 à 25 ans⁷⁸¹. En effet, cette politique assure une amélioration générale de la santé de la population, et par conséquent elle contribue à la réduction de la facture sanitaire.

Paragraphe 2 : La taxe sur les boissons alcooliques.

L'alcool, comme le tabac, est un facteur qui menace la santé de la population et notamment celle des jeunes. Ainsi, toute personne qui consomme l'alcool, sans forcément être qualifiée d'« alcoolique », risque de se retrouver face à un certain nombre de complications sanitaires. En effet, la consommation d'alcool est la deuxième cause, après le tabac, de mortalité prématurée dans le monde.

⁷⁷⁹- DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert *Droit de la sécurité sociale*, 18e édition, Dalloz, 2015, p. 882 ; loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 art. L. 131-8,7°.

⁷⁸⁰- MATT Jean-Luc, *op.cit.*, p. 138.

⁷⁸¹- c'est depuis le 5 septembre 2014 que les jeunes de 20 à 25 ans bénéficient du montant majoré. V. site officiel de l'assurance maladie en France, « L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiques », mise en page le 31-03-2015. Disponible en ligne sur : <http://www.ameli.fr>. (Consulté le 11-06-2015).

La consommation de boissons alcooliques en France, bien qu'elle soit en baisse depuis une quarantaine d'années, demeure relativement fréquente. En effet, seuls 7% des français adultes ne boivent aucune boisson alcoolique⁷⁸². Au Liban, le taux d'alcoolisation est de 62% selon une statistique publiée en 2009⁷⁸³. Compte tenu du fait que la population libanaise est constituée, au moins pour sa moitié, par des personnes pratiquant la religion islamique, qui interdit la consommation de l'alcool, le taux évoqué semble être élevé.

Par ailleurs, la France est un pays de tradition viticole qui a connu au cours des 50 dernières années une importante chute de la consommation du vin. Néanmoins, ce pays conserve son titre de plus grand consommateur de vin au monde en 2012, avec une moyenne de 47 litres par habitant, ainsi que celui du plus grand producteur⁷⁸⁴.

En matière de l'assurance maladie, la consommation d'alcool a une influence sur le développement des maladies graves qui augmentent la facture sanitaire de la société (A). De ce fait, la loi française impose un certain nombre de taxes sur les boissons alcooliques ainsi que sur les boissons qui les accompagnent (B). C'est, une fois de plus, une politique pénalisant les comportements affectants négativement la santé qui entre en vigueur. Il serait tout aussi intéressant d'adopter une politique similaire au Liban.

A. L'impact de l'alcool sur la facture sanitaire.

Pour beaucoup de gens, boire de l'alcool est une source de plaisir et d'agrément. Toutefois, cette substance « euphorisante » est susceptible d'occasionner de grandes souffrances aussi bien physiques que psychiques. Certaines de ces souffrances ou maladies sont directement liées à la consommation de l'alcool, tandis que pour d'autres l'alcool constitue un facteur de risque. Tout compte fait, qu'elle soit régulière ou occasionnelle, la consommation de l'alcool s'avère néfaste pour le corps.

⁷⁸²- Observatoire français des drogues et des toxicomanies, « Synthèse thématique : alcool », OFDT, 2014. Disponible en ligne sur : <http://www.ofdt.fr>. (Consulté le 24-06-2015).

⁷⁸³- l'information internationale, « la consommation du tabac, alcool et drogue au Liban », Lebanon knowledge developement gateway, 22-12-2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lkdg.org>. (Consulté le 24-06-2015).

⁷⁸⁴ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Op.cit., 2014. Disponible en ligne sur : <http://www.ofdt.fr>. (Consulté le 24-06-2015).

En effet, l'alcool contenu dans les boissons alcoolisées que l'on consomme traverse la paroi intestinale sans subir de modifications. Une fois cette barrière franchie, l'alcool se retrouve dans le sang et cela se produit en l'espace de quelques minutes. L'alcool transporté par le sang va atteindre l'ensemble de l'organisme et surtout les organes les plus irrigués, à savoir, le cœur, le foie et le cerveau. L'abus de cette substance incriminée n'épargne, de par ses effets délétères, aucun organe, et la souffrance qui en résulte est ressentie par tous les recoins de l'organisme. De plus, l'alcool est une substance qui s'apparente à une drogue, compte tenu du fait que sa consommation régulière peut entraîner une dépendance physique mais aussi psychique qui retentira négativement sur la santé de son consommateur.

Ainsi, la consommation d'alcool s'avère être à l'origine de plusieurs maladies graves qui pèsent lourdement sur la facture sanitaire. Elle peut mener à des cancers, des maladies cardiovasculaires et digestives, des maladies du système nerveux et troubles physiques. Ce sont des maladies qui nécessitent des traitements longs et coûteux, ce qui a pour conséquence d'augmenter les frais d'hospitalisation de la personne victime.

Par ailleurs, la consommation d'alcool est à l'origine de recettes fiscales pour l'État et la Sécurité sociale, par le biais de la TVA, mais également grâce aux droits sur les volumes consommés. Sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées en 2011, le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élève à 3,2 milliards d'euros⁷⁸⁵.

La consommation de boissons alcoolisées provoque des dommages sanitaires et sociaux. Les dommages sanitaires peuvent être définis comme l'ensemble des maladies et traumatismes provoqués par la consommation d'alcool. L'alcoolisation peut également avoir des répercussions négatives sur la vie sociale.

Afin de comprendre les conséquences de l'alcoolisme sur la facture sanitaire, il est primordial d'aborder de manière synthétique la nature des maladies engendrées par la consommation d'alcool. Sont présentées ci-dessous les maladies les plus courantes :

L'alcool est la cause principale des cirrhoses du foie, autant pour les personnes alcoolodépendantes que pour celles qui ont une consommation régulière et excessive. En effet, la

⁷⁸⁵ *Ibid.*

cirrhose du foie est une maladie chronique et irréversible qui cause une destruction progressive des cellules qui sont remplacées par un tissu fibreux. Le foie devient dur et bosselé, il peut changer de taille, mais il risque surtout de ne plus fonctionner correctement. À plus ou moins long terme, la cirrhose peut se transformer en cancer du foie.

Pour les cirrhoses avancées, le seul traitement envisageable est la transplantation d'un nouveau foie. Dans les cas moins graves, l'arrêt complet de la consommation d'alcool et la prise en charge améliorent les chances de survie.

Par ailleurs, la consommation de boissons alcoolisées augmente la probabilité de certains cancers et ce, à partir d'un verre d'alcool consommé par jour. Ce risque est étroitement lié à la dose consommée et non au type d'alcool, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort. C'est l'alcool pur qui est cancérigène, quelle que soit la boisson.

Ces cancers peuvent affecter toutes les zones du corps dans lesquelles il circule : la bouche et la gorge (larynx, pharynx), l'œsophage, le foie, le côlon et le rectum. Les femmes qui boivent de l'alcool sont aussi exposées à un risque de cancer du sein.

En outre, les scientifiques ont démontré que l'alcool est source de problèmes cardiovasculaires. La consommation régulière d'alcool élève la pression artérielle et augmente le risque d'hypertension. Elle favorise également les risques d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'infarctus du myocarde.

De plus, une consommation aiguë d'alcool, c'est-à-dire le fait de boire de grandes quantités d'alcool en une même occasion, peut entraîner des troubles du rythme cardiaque et augmenter le risque de mort subite.

Une des idées conçues des Français concernant l'alcool consiste à croire que boire un verre de vin par jour serait bon pour la santé et protégerait éventuellement des maladies cardiaques. Cette idée est soutenue par le paradoxe français qui a été mis en lumière dans les années 80 : malgré une consommation plus importante de graisses insaturées, on constate en France moins de maladies coronaires qu'aux États Unis ou en Europe du Nord. Ce paradoxe a été expliqué par la consommation quotidienne de vin rouge qui contient des polyphénols aux propriétés vasodilatatrices. Quoiqu'il en soit, il n'existe pas de consensus scientifique autour des vertus protectrices du vin, même en faible quantité.

De plus, une consommation régulière et excessive d'alcool peut être responsable de troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, des capacités d'abstraction et des fonctions exécutives. Ces atteintes du cerveau se caractérisent par une altération massive et irréversible de la mémoire, une tendance à la fabulation pour compenser les pertes de mémoire, des troubles de l'humeur, etc.

Finalement, une des graves conséquences engendrée par l'alcool est les troubles psychiques qui en résultent, notamment l'anxiété et la dépression. Une consommation abusive d'alcool peut déclencher une dépression. Inversement une personne déprimée peut chercher dans l'alcool un moyen de lutter contre sa faiblesse psychique et développer par la suite une dépendance à la substance.

Afin de mesurer les dommages sanitaires dus à la consommation d'alcool, deux indicateurs sont utilisés. Il s'agit de l'indicateur de mortalité et l'indicateur de morbidité.

La mortalité (en nombre ou en taux) est l'indicateur le plus employé pour mesurer les dommages sanitaires associés à un comportement nocif. Ce chiffre exprime plus que tout autre indicateur la gravité et l'irréversibilité des dommages provoqués par une maladie ou un comportement risqué. Cet indicateur est calculé à partir des informations fournies par les médecins appelés à constater un décès. La fiabilité de cet indicateur dépend de la qualité des renseignements inscrits sur le certificat de décès et de la capacité du médecin à en diagnostiquer la cause exacte et l'attribuer justement à l'alcool. Il est nécessaire pour cela de pouvoir évaluer l'augmentation du risque de décès pour les différents types de pathologies décrites précédemment et pour différents niveaux de consommation d'alcool.

L'autre indicateur représentatif des dommages sanitaires liés à l'alcool est le nombre de personnes malades en raison de leur consommation d'alcool. Cet indicateur de morbidité peut s'exprimer en termes de prévalence (nombre total de personnes malades à un moment ou une période donnée) ou en termes d'incidence (nombre de nouveaux cas déclarés pour une maladie au cours d'une période donnée). Compte tenu des sources de données existantes, cet indicateur se limite en pratique le plus souvent au nombre de personnes prises en charge par un professionnel de santé pour une pathologie dont l'alcool est totalement ou en partie responsable.

Alors, lorsque la dépendance à l'alcool s'installe, les conséquences néfastes sont nombreuses et touchent toutes les sphères de la vie du buveur. L'état de santé se dégrade tant sur le plan physique que psychologique. Les relations avec les proches sont perturbées et la vie professionnelle peut également être touchée. Toutes ces difficultés ne font souvent qu'accroître le mal-être qui a précédé la dépendance et peuvent même amener au décès de la personne concernée. Les dernières données publiées⁷⁸⁶ rapportent en 2009 un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, liés à l'alcool, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes.

Toutes les maladies citées précédemment contribuent à exploser la facture sanitaire car elles nécessitent, très souvent, des traitements à long terme, voire des hospitalisations coûteuses, dans le but d'apporter la protection et la prise en charge nécessaires aux assurés sociaux. Les conséquences de la consommation d'alcool pèsent donc lourdement sur les charges de la sécurité sociale et contribuent bien évidemment à son dépassement budgétaire et donc à son déficit.

B. La notion de « droits alcools ».

Il est devenu clair que la consommation d'alcool présente des conséquences négatives sur le fonds de la sécurité sociale en augmentant les dépenses sanitaires et les frais d'hospitalisation qu'elle couvre. De ce fait, le législateur français a mis en vigueur plusieurs taxes sur les boissons alcooliques en faveur de la caisse nationale d'assurance maladie. Ces taxes sont connues sous le nom de « droits alcools ».

La notion de « droit alcools » regroupe une pluralité de taxes classées selon la nature de la boisson en cause⁷⁸⁷. Ainsi, il s'agit de distinguer entre deux grands types des boissons concernées :

⁷⁸⁶- MOLLER Lars, « L'alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 16-17-18, 7 mai 2013. Disponible en ligne sur : www.invs.sante.fr. (Consulté le 27-06-2015).

⁷⁸⁷- MATT Jean-Luc, Op.cit., 2001, p. 140.

En premier lieu, les boissons dites « alcooliques » sont concernées. Selon le texte de l'article L.245-7 du code français de la sécurité sociale « *Il est institué une cotisation perçue sur les boissons alcooliques en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé* »⁷⁸⁸. Cette cotisation qui a la nature juridique d'une taxe a été instituée depuis 1983, dans la perspective de faire profiter la santé publique, afin de diminuer la consommation d'alcools forts. Elle est due par les consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25% en volume⁷⁸⁹. Son montant est fixé à 0,13 euros par décilitre ou fraction de décilitre et son produit est directement et uniquement affecté au régime général, c'est-à-dire à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

De surcroît, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a créé une taxe sur les boissons dites « prémix » au profit de la seule caisse nationale de l'assurance maladie⁷⁹⁰. Il s'agit des boissons obtenues en mélangeant des produits alcoolisés avec d'autres substances non alcoolisés. L'objectif était alors de décourager la consommation très fréquente de ces boissons notamment parmi les jeunes. En effet, l'application d'une telle taxe, due par les fabricants, entraîne une hausse des prix de boissons « prémix » souvent consommées par les jeunes. Cette variation de prix aura pour conséquence une diminution de la demande sur ces boissons compte tenu du fait que le revenu de cette catégorie consommatrice de la population est estimé modeste.

Enfin, un amendement parlementaire a créé, lors de l'examen du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, une taxe sur les boissons énergisantes établie à un taux de 101,90 euros par hectolitre⁷⁹¹. Cette taxe due par les fabricants et les détaillants est affectée au financement des prestations d'assurance maladie du régime général et du régime des non-salariés agricoles. Cette taxe est considérée comme une nouvelle source de financement de l'assurance maladie. Cependant, le but de sa création n'était pas uniquement financier. Il s'agissait de limiter la consommation de ce genre de boissons riches en caféine ou en taurine qui ont pour effet d'augmenter les effets néfastes de l'alcool sur la santé des consommateurs lorsqu'elles y sont mélangées.

⁷⁸⁸ - V. CSS, art. L.245-7, modifié par la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008.

⁷⁸⁹ - DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, Op.cit., 2015, p. 881.

⁷⁹⁰ - V. article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

⁷⁹¹ - CGI, art. 1613 bis A.

Section 2 : Les taxes responsabilisant les activités en relation directe avec l'assurance maladie.

La nature des opérations de certains secteurs présente des effets directs sur le système d'assurance maladie obligatoire. Souvent, ces effets sont de nature financière et augmentent, d'une façon ou d'une autre, les dépenses de la branche maladie.

En effet, le secteur pharmaceutique et le secteur d'assurance privée cherchent à commercialiser leurs produits autant que tous les autres secteurs qui se présentent sur le marché. Cependant, la quête d'enrichissement des employeurs de ces secteurs s'oppose à l'objectif « économique » de la sécurité sociale. De fait, la vente incontrôlable des médicaments associée à une imposante démarche de promotion publicitaire mène à une augmentation de la consommation des produits pharmaceutiques couverts par l'assurance maladie. Plus encore, la conclusion des contrats d'assurance privée dont la couverture très étendue délivre l'assuré de toute responsabilité de charge, contribue, en quelque sorte, à favoriser les accidents couverts par l'assurance maladie obligatoire. Il est ainsi évident que l'industrie pharmaceutique et les opérations assurantielles privées participent à l'augmentation des dépenses de la sécurité sociale et notamment celles de la branche d'assurance maladie.

Dans le but de contrôler les facteurs contribuant à la multiplication des frais supportés par l'assurance maladie, le législateur français a mis en vigueur diverses taxes œuvrant à responsabiliser l'industrie pharmaceutique (paragraphe 1) ainsi que le secteur d'assurance privée (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Taxation de l'industrie pharmaceutique.

Le secteur pharmaceutique participe par le biais de diverses taxes au financement de la sécurité sociale, notamment à celui de la branche d'assurance maladie. Le but de cette taxation est de responsabiliser ce secteur, qui profite des prestations de la sécurité sociale, afin de réduire la consommation abusive des médicaments.

En effet, les taxes imposées en la matière⁷⁹² touchent aussi bien les laboratoires pharmaceutiques que les différents intermédiaires qui profitent de la production et de la consommation excessive des médicaments. Ainsi, on distingue entre la taxe sur les grossistes répartiteurs (A) ; la taxe sur la publicité pharmaceutique (B) ; la taxe à la charge des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques (C) et la taxe à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution de produits de santé (D).

A. La taxe sur les grossistes répartiteurs.

Selon le code français de la sécurité sociale⁷⁹³, les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que les entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques sont soumises à une taxe en faveur de la branche d'assurance maladie.

L'assiette de cette taxe est définie par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de sociétés de secours minières. Le taux appliqué à cette taxe varie en fonction de l'importance de la progression ou de la diminution annuelle du chiffre d'affaires réalisé par l'établissement concerné. Toutefois, quelque soit l'importance de la progression ou de la diminution, le montant de la taxe ne peut ni excéder 2,55%, ni être inférieur à 1,25% du chiffre d'affaire hors taxes réalisé au cours de l'année civile.

B. La taxe sur la publicité pharmaceutique.

Conformément à l'article L. 245-1 du code français de la sécurité sociale, « *il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une*

⁷⁹²- V. CSS, art. L. 138-1, L. 138-2, L. 245-1, L. 245-6.

⁷⁹³- V. l'article L. 138-1s du code français de la sécurité sociale, modifié par l'article 29 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010.

*contribution des entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques»*⁷⁹⁴.

En effet, cette taxe concerne les entreprises qui réalisent un chiffre d'affaire, hors taxe, supérieur à 15 millions d'euros⁷⁹⁵. En outre, elle ne s'applique que sur les médicaments qui donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie.

Enfin, l'assiette prise en considération pour le calcul de la taxe en question repose sur plusieurs éléments. Il s'agit, selon l'article L.245-2 du code français de la sécurité sociale, des charges comptabilisées au titre :

- *« Des rémunérations de toutes natures afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques ;*
- *Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des actifs ;*
- *Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent »*⁷⁹⁶.

Toutefois, avant l'application du taux d'imposition préfixé sur cette assiette, celle-ci doit être réduite par un abattement égal à une partie du chiffre d'affaire réalisé au titre des spécialités génériques par les laboratoires concernés. En effet, le montant forfaitaire d'abattement a connu plusieurs majorations depuis l'année 1997. Cette progression a naturellement engendré une hausse du taux d'imposition. Ainsi, le taux de la taxe sur la publicité pharmaceutique a été revalorisé une première fois par la loi du 19 décembre 1997, en appliquant à des tranches

⁷⁹⁴- V. l'article L. 245-1 du code français de la sécurité sociale, modifié par l'article 11 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013.

⁷⁹⁵- V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2015, p. 879.

⁷⁹⁶- V. l'article L. 245-2 du code français de la sécurité sociale, modifié par l'article 12 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

un barème progressif, et une deuxième fois par la loi du 13 août 2004⁷⁹⁷. Désormais le taux appliqué est de 19% à 39% selon la tranche concernée.

C. La taxe à la charge des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques.

Les entreprises assurant l'exploitation des spécialités pharmaceutiques sont tenues de verser deux types de taxes.

La première instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, concerne les entreprises n'ayant pas signé de convention avec le Comité économique des produits de santé. En effet, les entreprises en question se doivent de prendre en charge cette taxe dans le cas où leur chiffre d'affaire augmente, par rapport à l'année précédente, d'un pourcentage supérieur au taux de progression K, déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, le montant dû ne peut dépasser 10% du chiffre d'affaire produit par les médicaments remboursables.

L'autre taxe s'applique essentiellement aux entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sein du territoire français. Cette taxe a été instaurée par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie, pour être ensuite combinée à la taxe de « première vente de médicaments » par la loi de financement de sécurité sociale pour 2014. Dorénavant, la « nouvelle » taxe réunit deux composantes. La première est une taxe de base et elle concerne tous les exploitants de spécialités pharmaceutiques sans exception. Et la seconde est additionnelle et ne concerne que les exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables.

Le taux de la composante de base est fixé à 0,17%, et la taxe est appliquée sur le chiffre d'affaire, hors taxes, produit par trois catégories de médicaments : ceux qui ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché, ceux qui bénéficient d'un enregistrement et ceux qui ont acquis une autorisation d'importation parallèle. Toutefois certains médicaments répondant à

⁷⁹⁷- V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2015, p. 879 ; V. aussi l'article L. 245-2 du code français de la sécurité sociale, modifié par l'article 12 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

ces conditions sont exclus de l'étendu de cette taxe, tel les génériques ou les médicaments dérivés du sang. En ce qui a trait à la composante additionnelle, son taux a été fixé à 1,6%.

D. La taxe à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution de produits de santé.

La taxe à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution de produits de santé intéresse essentiellement les entreprises produisant des chiffres d'affaires supérieurs à 11 millions d'euros. Son taux est fixé à 15% et elle est « assise sur les charges du dernier exercice clos ». Les charges concernées comportent :

- Les rémunérations de toutes natures
- les frais professionnels
- Les frais de publicité liés aux produits et prestations visés⁷⁹⁸.

Paragraphe 2 : les taxes dues par le secteur d'assurance privée.

Le législateur français a jugé nécessaire d'instaurer certaines taxes sur les opérations d'assurance et de prévoyance afin de financer la sécurité sociale. Ainsi, la branche d'assurance maladie bénéficie désormais de trois types de taxes sur les primes et cotisation d'assurance. Il s'agit, tout d'abord, des taxes sur les contrats d'assurance maladie (A), ensuite de celles touchant les primes d'assurance automobile (B), et enfin les taxes sur les cotisations et primes d'assurance complémentaire santé (C).

A. La taxe sur les contrats d'assurance maladie.

En cherchant à promouvoir les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables », le législateur français a exonéré partiellement ces derniers de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. En effet, depuis la loi de financement de la sécurité sociale

⁷⁹⁸ - V. CSS, art. L. 245-5-1 s.

pour 2011⁷⁹⁹, un taux réduit de 3,5% a été imposé à ces contrats. Le produit de cette taxation réduite était entièrement affecté à la caisse nationale des allocations familiales. Toutefois, cette exonération a été remise en cause par la suite. De fait, son objectif d'« encouragement » a été jugé accompli puisque environ 90% des contrats d'assurance maladie conclus sont désormais « solidaires et responsables ». C'est pour cette raison, ainsi que pour des raisons de rentabilité financière, que le gouvernement s'est prononcé sur l'inutilité d'une telle exonération. Ainsi, la loi rectificative de financement de la sécurité sociale pour 2011⁸⁰⁰, qui voit le jour au 1^{er} octobre de cette année, revalorise le taux de la taxe applicable aux contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » à 7%. Et à compter de cette date, le produit de la taxe en question est assigné à parts égales à la CNAF et à la CNAMST.

B. La taxe sur les primes d'assurance automobile.

Les régimes d'assurance maladie sont tenus de prendre en charge un certain nombre des dommages physiques causés par les accidents de la route. Dans une tentative de pondérer les coûts que ces derniers occasionnent à l'assurance maladie, une taxe sur les primes d'assurance automobile a été instaurée en 1967. Son taux a été fixé à 15% du montant des primes ou cotisations mutualistes dues au titre de l'assurance obligatoire des véhicules à moteur; et son produit revenait aux différents régimes d'assurance maladie. Toutefois, à partir de 2001, ce n'est plus que la CNAMTS qui en bénéficie. Cette taxe, considérée juridiquement comme « cotisation »⁸⁰¹, est calculée sur les primes d'assurance ou les cotisations mutualistes dues au titre de l'assurance obligatoire des véhicules⁸⁰², et son taux est fixé par décret.

⁷⁹⁹ - V. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, n°2010-1657, 29 décembre 2010, art. 21 : *J.O.* 30 décembre 2010.

⁸⁰⁰ - V. Loi rectificative de financement de la sécurité sociale pour 2011, n°2011-1117, 19 septembre 2011, art. 9 : *J.O.* 20 septembre 2011.

⁸⁰¹ - Cf. Conseil d'État, 26 octobre 1990, Union des sociétés d'assurance de secteur privé.

⁸⁰² - V. DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op.cit.*, 2015, p. 882.

C. Taxe sur les cotisations et primes d'assurance complémentaire santé.

L'instauration de la taxe sur les cotisations et primes d'assurance complémentaire santé coïncide avec la création de la couverture maladie universelle. C'est, en effet, la loi du 27 juillet 1999 qui était à la base de ces deux innovations⁸⁰³. La taxe précitée est calculée sur le montant des cotisations ou primes versées pour les contrats « frais de santé » des adhérents aux différentes mutuelles, institutions de prévoyances et sociétés d'assurance. Son taux est fixé à 1,7% et son produit est consacré au financement de la couverture maladie universelle complémentaire.

⁸⁰³ - MATT Jean-Luc, Op.cit., 2001, p. 143.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.

Un mode de financement reposant sur les seules cotisations salariales ne peut être compatible avec une couverture sociale généralisée. Cela concerne surtout la couverture des frais de soins assurés par les prestations en nature de la branche d'assurance maladie maternité. Cette situation suppose qu'une partie restreinte de la population soit contrainte d'assumer à elle seule le poids économique de la protection sanitaire de l'ensemble de cette dernière. Afin d'éradiquer cette injustice, il a fallu trouver de nouveaux modes de financement de la sécurité sociale qui seront en complément des cotisations sociales. En effet, la fiscalisation, à laquelle le système français a eu recours, semble être plus adaptée au service proposé. La contribution sociale généralisée, instaurée à cette fin, concerne toute la population et touche les revenus non inclus dans l'assiette des cotisations sociales. Ainsi, il s'agit de renforcer la solidarité sociale en assurant une redistribution plus équitable des richesses. Dans le but de consolider ce nouveau moyen de financement de la branche d'assurance maladie maternité, plusieurs taxes subsidiaires ont été mises en vigueur. Tout d'abord, des taxes pénalisant les comportements ayant des répercussions onéreuses sur la facture sanitaire, à savoir la consommation de l'alcool et du tabac, ont été mises en place. Ensuite, elles ont été suivies par les taxes responsabilisant certaines activités en relation directe avec l'assurance maladie. Ainsi, sont dorénavant imposables, les produits des secteurs pharmaceutiques ainsi que le secteur d'assurances privées, qui mènent d'une façon ou d'une autre au surcroît des frais de soins couverts par le système. Cependant, il faut noter que les cotisations sociales ne sont pas pour autant sans intérêt. De fait, les prestations en espèce, payées par la branche d'assurance maladie-maternité pour compenser la perte de revenus résultant d'un arrêt de travail pour cause de maladie, doivent être financées par le secteur du travail. Cela est d'autant plus vrai que les prestations ainsi que les cotisations susmentionnées sont toutes les deux calculées en fonction des revenus du travail. Enfin, si le Liban aspire vraiment à une généralisation de la couverture maladie-maternité, il se doit d'adopter un mode de financement basé sur la fiscalisation, notamment en ce qui a trait aux prestations en nature. Et en complément, il devra reposer sur les cotisations sociales, déjà instaurées, afin d'assurer les prestations en espèce. Cette solution semble encore plus adaptée à la situation libanaise puisque le taux général de fiscalisation de ce pays est beaucoup moins important que celui de la France. Conséquemment, le marché libanais serait capable de supporter de nouvelles taxes et de nouveaux impôts qui seront destinés à promouvoir le bien-être général.

CONCLUSION GÉNÉRALE.

Au terme de nos recherches, nous avons souligné la réussite du législateur français à généraliser progressivement la couverture de l'assurance maladie à toute personne résidant d'une façon régulière en France. Ainsi, plusieurs régimes socioprofessionnels ont été mis en place afin d'assurer les différentes catégories professionnelles. La création de la couverture maladie universelle en 2000, destinée à la prise en charge de toute personne ne relevant d'aucun régime professionnel, a été le point culminant de cette démarche. En revanche, la généralisation de la couverture d'assurance maladie au Liban s'est heurtée à une absence de mise en œuvre de la loi relative à la sécurité sociale. Ainsi, ce ne sont que les salariés qui profitent du système de sécurité sociale libanais, à quelques exceptions près. Bien que des alternatives à ce système public, relevant plutôt d'une démarche personnelle, s'offrent à la portion « non salariée » de la population, la majorité de cette dernière reste tout de même dépourvue de toute protection sanitaire. Cette situation n'est pas sans conséquence en ce qui concerne la qualité de vie de ce peuple. En effet, certains libanais en sont contraints de souffrir de leur maladie, parfois au prix de leur propre vie, faute de ne pas avoir les moyens financiers leur permettant d'accéder aux soins nécessaires. L'inhumanité de cette situation n'étant plus tolérable aujourd'hui, une réorganisation du système libanais de sécurité sociale s'impose. Cette restructuration nécessite une réflexion sur deux grandes lignes, la façon d'étendre le champ d'application à toute la population et les moyens de financer cette extension. Ces moyens devraient être à la hauteur de la couverture assurée.

Trois scénarios s'offrent au législateur libanais en matière de généralisation de la couverture de l'assurance maladie. Le premier consiste en une réforme complète du système, ainsi, un système national de protection sanitaire couvrant tous les citoyens, pourrait être mis en place. Le second scénario étant moins contraignant, il suppose de compléter le système « professionnel » déjà présent par un système de soins publics assurant la santé de toute personne non concernée par le premier système. Et enfin, la troisième solution consiste en une extension du champ d'application du système existant à l'ensemble de la population par le biais d'une multitude de régimes couvrant les différentes catégories socio-professionnelles.

Certes, le premier scénario se montre le plus juste et le plus équitable puisqu'il promeut une égalité entre tous les individus de la société fondée sur une solidarité nationale. Cependant, sa mise en application s'accompagne d'un nombre de difficultés administratives. De fait,

l'unicité du système en question implique la dissolution de toutes les caisses déjà en place et assurant des couvertures variables des différentes catégories professionnelles, sachant que les personnes en bénéficiant sont très attachées aux privilèges que leur offrent leurs régimes. Le second scénario est plus facile à mettre à exécution puisqu'il ne touche aucunement au système existant. Il suppose, cependant, de combler les manquements de ce dernier en instaurant un système supplémentaire prenant en charge les personnes exclues du champ d'application du système initial. Cette dualité de systèmes couvrants menace le principe de solidarité et risque d'engendrer une mauvaise redistribution des richesses. C'est en s'armant de ces « contre-arguments » que le législateur français a choisi d'adopter le troisième scénario. Et ce dernier s'est avéré performant puisque la France a bien réussi à offrir une couverture maladie à toute personne y résidant. Si le législateur libanais souhaite appliquer une politique de généralisation de la sécurité sociale à la lumière de l'expérience française, il doit suivre un schéma à deux étapes. Tout d'abord, une réorganisation du système libanais actuel est à prévoir. Celle-ci implique le regroupement des personnes assujetties au système présent sous la gérance de différents régimes socio-professionnels. Et une fois toutes les catégories professionnelles assujetties, une affiliation, sur critère de résidence, de toute personne non encore assujettie doit être garantie, et ce par la mise en place d'une couverture maladie universelle.

Évidemment, la généralisation de la couverture d'assurance maladie-maternité précédemment évoquée ne concerne que la prestation en nature qui couvre les frais de soins. En effet, le deuxième type de prestation fournie par la branche d'assurance maladie-maternité, la prestation en espèce, est versée, sous forme d'indemnité journalière, aux seuls travailleurs ayant connu une perte de revenu dû à une maladie les empêchant de travailler. Contrairement à cette dernière, la prestation en nature est attribuée aux assurés, qu'il soient travailleurs ou pas, ainsi qu'à leurs ayants droit. L'identification des ayants droit au sein du système libanais fait l'objet de certaines inégalités. Premièrement, dans le cadre de la polygamie, une pratique considérée comme légale dans ce pays contrairement à la France, le législateur libanais discrimine entre la première épouse et les épouses secondaires. Ces dernières sont privées de leur qualité d'ayant droit et ne peuvent ainsi bénéficier de la couverture d'assurance maladie. Seule l'épouse au nom de laquelle la première demande de bénéfice a été faite peut y avoir droit. Deuxièmement, une ségrégation sexiste entre époux et épouse refuse au premier la qualité d'ayant droit de son épouse, s'il ne satisfait pas un nombre de conditions déterminées.

Afin de remédier à cette situation, deux solutions sont envisageables. La première consiste à couvrir toutes les épouses légitimes de l'assuré ainsi que l'époux de la femme assurée, en les considérant comme ayants droit de leur mari ou femme respectifs. La deuxième se base sur l'application de la couverture maladie généralisée au Liban qui serait capable de garantir la santé de toute la population sans aucune discrimination entre les individus.

Le réarrangement de l'affiliation des personnes assurées en différents régimes basés sur les professions, complété par une couverture universelle basée sur un critère résidentiel doit être accompagné par une modification du mode de financement de l'assurance maladie au Liban. En effet, la recette du système libanais est basée uniquement sur les cotisations sociales dont l'assiette ne concerne que les revenus salariaux. Ce mode de financement semble correspondre au financement des prestations liées directement au salaire de l'assuré, donc des prestations en espèce. Par ailleurs, le plafonnement des cotisations sociales pratiqué au Liban rend ces dernières dégressives. Cela relève d'une injustice sociale et conteste leur compatibilité avec la couverture fournie. C'est effectivement pour ces raisons que la France a opté pour le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie-maternité. Cependant, les cotisations proportionnelles au salaire, même déplafonnée, ne coïncident pas avec l'universalisation de la couverture maladie, à savoir celle des prestations en nature. En fait, aucune corrélation logique n'existe entre les ressources et les dépenses dans ce schéma.

De surcroît, les moyens de financement du système libanais peuvent éventuellement présenter un obstacle de force devant la généralisation de la couverture maladie-maternité. Ces derniers ne sont aucunement adaptés aux besoins créés par une telle couverture. L'expérience française nous a prouvé l'efficacité de la fiscalisation des ressources du système de sécurité sociale, notamment celles destinées à financer la couverture maladie-maternité. En effet, le législateur français a créé la contribution sociale généralisée, ayant le statut juridique d'impôt, afin de remplacer les cotisations sociales dans le financement de l'assurance maladie. Ce nouveau prélèvement est adapté à un système qui offre une large couverture puisqu'il est à la fois rentable et équitable. En effet, la contribution sociale généralisée représente un instrument de modernisation du financement de la sécurité sociale. Au-delà de cette dernière, le législateur français a instauré plusieurs taxes corroborant le processus de fiscalisation dans le financement de la sécurité sociale. Il s'agit d'un ensemble hétérogène de taxes qui affectent subsidiairement la recette de la caisse d'assurance maladie. L'objectif de ces taxes ne se limite pas à la seule augmentation des recettes, mais il suppose

parallèlement une diminution des dépenses en matière de santé. Ainsi, ont été rendus imposables certaines activités et produits qui pèsent négativement sur le fonds du système d'assurance maladie.

Somme toute, la fiscalisation de la sécurité sociale, et notamment celle de la branche de l'assurance maladie-maternité, peut éventuellement répondre aux aspirations libanaises de généralisation de la couverture maladie. Par ailleurs, la suppression de la contribution des cotisations sociales au financement défie en quelque sorte le rôle de gestion du système confié aux partenaires sociaux. Ainsi, un tel système universel financé par des impôts ne devrait-il pas être géré directement par l'État ? En effet, le premier système britannique de sécurité sociale, établi par Lord Beveridge, chef de file des principes d'universalisation et de fiscalisation a été géré, depuis création, par l'État.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Ouvrages

- **ANDRIEU Claire**, *Le programme commun de la Résistance ; des idées dans la guerre*, les Éditions de l'Érudit, Paris, 1984.
- **BADEL Maryse**, *Droit de la sécurité sociale*, ellipses, Paris, 2007.
- **BARABÉ-BOUCHARD Véronique et HÉRAIL Marc**, *Droit rural*, édit. Ellipses, Paris, 2007.
- **BARBIER Jean-Claude et THERET Bruno**, *Le système français de protection sociale*, édit. La Découverte, Paris, 2009.
- **BARTOLOMIE DE LA CRUZ Hector et EUZÉBY Alain**, *L'Organisation internationale du Travail*, Presses universitaires de France, Paris 1997.
- **BIGOT Jean ; BELLANDO Jean-Louis ; CABRILLAC Séverine ; JADAUD Bernard ; MOREAU Jacques ; PARLEANI Gilbert**, *Traité de droit des assurance-Entreprises et organismes d'assurance*, tome 1, 3ème édit., LGDJ, Paris, 2011.
- **BLEMONT Patrice, OLEJNICZAK Pascal**, *Assurance maladie et système d'offre de soins en France*, ellipses, France, 2007.
- **BONVIN Jean-Michel**, *L'Organisation internationale du travail*, Presses universitaires de France, Paris 1998.
- **BOSSE-PLATIÈRE Hubert**, *Code rural et de la pêche maritime*, édit. Lexis Nexis, Paris, 2012.
- **CANGUILHEM Georges**, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1943.
- **CHAGNY Muriel ; PERDRIX Louis**, *Droit des assurances*, 3ème édit., LGDJ, Paris, 2014.
- **CHARVIN Robert**, *Droit de la protection sociale*, éd. L'Harmattan, Paris 2007.
- **CHAUCHARD Jean-Pierre**, *Droit de la sécurité sociale*, 4^e édition, L.G.D.J., Paris, 2005.
- **CHAUCHARD Jean-Pierre, KERBOURC'H Jean-Yves et WILLMANN Christophe**, *Droit de la sécurité sociale*, 7ème édit. LDDJ, Paris, 2015.
- **COURSIER Philippe**, *Code de la sécurité sociale*, édit. Lexis Nexis, Paris, 2012.

- **DETERRE Jean-Marie**, *les assurances de l'agriculteur*, édit. France Agricole, Paris, 2000.
- **DREYFUS Michel, RUFFAT Michèle, VIET Vincent, VOLDMAN Danièle**, *se protéger, être protégé, une histoire des assurances sociales en France*, PUR, Rennes, 2006.
- **DUMONT Jean-Pierre**, *Les systèmes étrangers de sécurité sociale*, Éd. Economica, Paris, 1988.
- **DUPEYROUX Jean-Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert**, *Droit de la sécurité sociale*, 18e édition, Dalloz, 2015.
- **DUPEYROUX Jean-Jacques et PRETOT Xavier**, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz 12ème édition, 2008.
- **DUPEYROUX Jean-Jacques**, *les conditions de l'affiliation obligatoire au régime général de la sécurité sociale*, Dalloz, 1962.
- **DUPEYROUX Jean-Jacques**, *Le droit à la sécurité sociale dans les déclarations et pactes internationaux*, Droit social 1960.
- **DUPURY Pierre-Marie**, *Droit international publique*, 6^e éd. Dalloz, Paris 2002.
- **DURAND Paul**, *La politique contemporaine de sécurité sociale*, Dalloz, 2005.
- **DUVAL Julien**, *Le Mythe du « trou de la Sécu »*, Éditions Raisons d'agir, 2007.
- **FONTANEL Marie, GRIVEL Nicolas et SAINTOYANT Valérie**, *Débat public, le modèle social français*, la documentation française, janvier 2007.
- **GUYOT-PETYT Thymoté**, *LAMY Protection Sociale*, édit. LAMY, France, 2013.
- **HUTEAU Gilles**, *Sécurité sociale et politiques sociales*, 3e édit., Armand Colin, paris, 2001.
- **JACQUOT Sophie**, *la couverture maladie universelle*, édit. LIAISON, paris, 2000.
- **KESSLER Francis**, *Droit de la protection sociale*, 5ème édit. Dalloz, Paris, 2014.
- **KRAJESKI Didier**, *Droit Rural*, édit. Défrénois, Lextenso Éditions, Paris, 2009.
- **KRAJESKI Didier**, *Droit des assurances*, édit. Montchrestien, Lextenso Éditions, Paris, 2008.
- **LABORDE Jean-Pierre**, *Droit de la sécurité sociale*, PUF, Paris, 2005.
- **LAROQUE Michel**, *Guide de la protection sociale*, Edit. Dunod, paris, 2001.
- **LATREILLE René**, *protection sociale des agriculteurs et de leur famille*, édit. France Agricole, Paris, 1995.

- **LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand et TABUTEAU Didier**, *Droit de la santé*, 2e édition Thémis droit, Paris, 2009.
- **LEGARDEUR Françoise**, *Guide des sources sur l'histoire de l'assurance*, Comité Scientifique pour l'Histoire de l'Assurance, 2007.
- **MANDERSCHEID Françoise**, *Une autre sécurité sociale : la mutualité sociale agricole*, L'Harmattan, 1991.
- **MATT Jean-Luc**, *La sécurité sociale : organisation et financement*, L.G.D.J, Paris, 2001.
- **MAYAUX Luc**, *Les grandes questions du droit des assurances*, tome 3, LGDJ, Paris 2011.
- **MEGRET Jean**, *Droit de l'exploitation agricole*, édit. Technique et Documentation-LAVOISIER, Paris, 1990.
- **MICHEL Henri**, *Les courants de pensée de la Résistance*, PUF, Paris, 1962.
- **MILLOT Roger et RUDELLE WATERNAUX Alice**, *Assurance de santé : acteurs et garanties*, 2ème édition l'Argus éditions, 2006.
- **NETTER Francis**, *La sécurité sociale et ses principes*, Dalloz, Paris, 2005.
- **PERRIN Guy** : *Histoire du droit international de la sécurité sociale*, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, Paris, 1993.
- **PERRIN Guy**, *La reconnaissance du droit à la protection sociale comme droit de l'homme*, Colloque de Grenoble 1983, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, Paris, 1983.
- **PERRIN Guy**, *Les fondements du droit international de la sécurité sociale*, Droit social, Paris, 1974.
- **PETIT Franck**, *Droit de la protection sociale*, 2ème édition, Lextenso, Paris, 2014.
- **PRETOT Xavier**, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 13ème édit, Paris, 2010.
- **PRETOT Xavier**, *Les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, 2^e édit. Dalloz, Paris, 1998.
- **PINEAU Christian**, *La simple vérité*, 2^e édition, Phalanx, Paris, 1983.
- **TAURAN Thierry**, *Les Assurances*, Publibook, Paris, 2004.
- **TAURAN Thierry**, *Droit de la sécurité sociale*, PUG (le droit en plus), Paris, 2000
- **TAURAN Thierry**, *Les régimes spéciaux de sécurité sociale*, Presse Universitaires de France, Paris, 2000.

- **VIRALLY Michel**, *L'organisation mondiale*, Armand Colin, Paris 1972.
- **ZAQUIN Samuel**, *La protection sociale des non-salariés*, édit. LIAISONS, Rueil-Malmaison, 1998.

Thèse et mémoire

- **CAMAJI Laure-Emmanuelle**, *La personne dans la protection sociale. Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires de prestations sociales*, thèse soutenue en 2006. Edit. Dalloz, Paris, 2008.
- **CLARIN Jean**, *Les régimes spéciaux de la sécurité sociale appliqués aux agents des services publics*, thèse Rennes, 1970.
- **HILDEBRAND Mathias**, *L'assureur santé doit-il rester un simple financeur complémentaire?*, MBA CNAM/ENASS (2007/2009).
- **PETIT Franck**, *Le concept français de sécurité sociale à la lumière du droit international et du droit communautaire*, thèse, Bordeaux IV, 2001.
- **ROIG Éric**, « CSG sur les salaires : abattement pour frais », Droit-Finances, juin 2014. Disponible en ligne sur : <http://droit-finances.commentcamarche.net>.
- **TAURAN Thierry**, *Contribution à l'étude des régimes spéciaux de sécurité sociale*, thèse, Bordeaux, 1996.
- **TRINQUECOSTES Sophie**, *La couverture maladie universelle*, Mémoire de DEA de droit du travail et de l'emploi, 2000-2001, sous la direction de Monsieur le Professeur Albert Arseguel, université Toulouse I, faculté de droit, Toulouse, 2001.
- **TSANTILAS Petros**, *Les modes de financement de la sécurité sociale*, Thèse, université de paris X- Nanterre, 2001.

Articles

- **ADECRI**, « La protection sociale en France », 2008. Disponible en ligne sur : <http://www.adecri.org> (Consulter le 12-2-2013).

- **Ameli**, « le congé maternité », Dossier mis à jour le 25 février 2013, disponible en ligne sur le site officiel de l'assurance maladie, <http://www.ameli.fr>. (Consulté le 25-03-2013).
- **ANTONMATTE Paul-Henri, DERUE André**, « La présomption de non assujettissement », JCP, 1994, E, 407.
- **ARCEGA Gérard**, « les cotisations sociales sont-elles devenues un obstacle à l'emploi? Le prélèvement social: un système vertueux à sa naissance », Regards CNESS, n° 18, 2000.
- **ARSEGUET Albert et ISOUX Philippe**, « Les nouvelles frontières entre le contrat de travail et le contrat d'entreprise ». Cité In : *Les collaborateurs de l'entreprise : salariés ou prestataires de service ?*, Travaux de l'Institut de Droit des Affaires, PU Aix-Marseille III, 1995.
- **ARSEGUET Albert et ISOUX Philippe**, « La loi « initiative et entreprise individuelle » », *Bull. Joly*, 1994, p. 469.
- **Association Villermé**, « La Loi Madelin et le code de travail : contre-courant, une menace qui devrait pourtant rester sans effet », *Dr. Soc.*, 1994.
- **AZOULAY Jack**, « revoir le financement de l'assurance maladie en basculant des cotisations sociales vers d'autres sources de financement », Institut Montaigne, disponible en ligne sur: www.institutmontaigne.org. (Consulté le 13-02-2014).
- **BARTHÉLÉMY Jacques**, « Contrats de travail et d'entreprise, nouvelles frontières, réflexions sur la loi Madelin », JCP, 1994, E, 361.
- **BERAUD Claude**, « Le vieillissement et les dépenses de l'assurance maladie », *l'actualité médicale*, 19 octobre 2008. Disponible en ligne sur : <http://www.claudeberaud.fr>.
- **BERENSTEIN Alexandre**, « Le développement et la portée des droits économiques et sociaux », *Travail et Société*, vol. 7, N°3, juillet-septembre 1982.
- **BIRIEN Micheline**, « les régimes spéciaux de sécurité sociale », RFAS 1971.
- **BLEMONT Patrice**, « l'Assurance maladie en France : Assurance maladie ou protection contre la maladie ? », Université de Franche Comté UFR Médecine pharmacie, Année scolaire 2006/2007. Disponible en ligne sur : <http://cours.medecine.2007.free.fr> (Consulter le 09-03-2012).

- **BOUCHET Marie-Laure**, « Cotisations sociales, cotisations patronales, quelles différence ? », 21-02-2013. Disponible en ligne sur : <http://www.expert-comptable-tpe.fr>.
- **BRASSEUL Jacques**, « La genèse de l'État providence et la naissance de la social-démocratie : Bismarck et Bernstein », cité in : LAMBERT-FAIVRE Yvonne et LAMBERT Denis-CLAIR, *Droit et économie de l'assurance et de la santé*, Éd. Dalloz, paris, 2002.
- **Bureau international du Travail**, « Document 7 : La sécurité sociale pour tous ; Un investissement dans la justice sociale et le développement économique », Organisation internationale du Travail 2009.
- **CAVALINI Joël**, « le détachement des salariés au sein de l'UE ou la prééminence du juge », JCP S 2007.
- **CHADELAT Jean-François**, « Le financement de la sécurité sociale », la Revue Parlementaire, n° 892, mai 2014. Disponible en ligne sur : www.larevueparlementaire.fr.
- **CHAUVY Yves**, « les normes supérieures du droit de la sécurité sociale », RDP 1996.
- **CHAYET Delphine**, « Le tabac coûte 47 milliards d'euros par an à la collectivité », le figaro, 6 juin 2013. Disponible en ligne sur : www.lefigaro.fr.
- **COLBEAUX Véronique**, « régime général: financement, aides et allègements de charges sociale. Contrat aidés : apprentissage et contrat de professionnalisation », JusrisClasseur Protection Sociale Traité, 15 février 2011. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>.
- **Comité d'histoire de la sécurité sociale**, « Historique du système français de Sécurité sociale », 16/06/2011.
- **CORNILLEAU Gérard**, « Crise et déficit de l'assurance maladie, Faut-il changer de paradigme ? », REVUE DE L'OFCE, Janvier 2011.
- **CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise**, « La CSG a la double nature d'un impôt et d'une contribution sociale, selon la Cour de cassation » Dépêche, paris, 5 juin 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.aef.info>.
- **CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, MARIGNER Natacha, BALLERO Noémie**, « la maternité », Liaisons sociales n° 15068 du 29 février 2008.

- **CLAVEL-FAUQUENOT Marie-Françoise, MARIGNER Natacha, RIGAUD Frédérique**, « Maladie, contrat de travail- indemnisation », Numéros juridiques, Liaisons sociales n° 15372 du 29 mai 2009.
- **COLBEAUX Véronique**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Cotisations de sécurité sociale. – Assiette : salaires et assimilés », JurisClasseur Protection sociale traité, 14 Juin 2010. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexus-com>.
- **COLBEAUX Véronique**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Cotisations de sécurité sociale. – Assiette : avantages en nature », JurisClasseur Protection sociale Traité, 02 Mars 2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexus.com>.
- **COLBEAUX Véronique**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allègements de charges sociales. Contrat aidés : apprentissage et contrat de professionnalisation », JurisClasseur Protection Sociale Traité, 15 février 2011. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexus-com>.
- **COLBEAUX Véronique**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allègements de charges sociales. -Contrats aidés : contrat unique d’insertion », JurisClasseur Protection sociale traité, 1er avril 2010. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexus-com>.
- **Comité national contre le tabagisme**, « Tabac en France: une facture de 47 milliard d’euros par an », 20 décembre 2012. Disponible en ligne sur : <https://destinationsante.com>.
- **COURBAGE Youssef, FARGUES Philippe**, « La situation démographique au Liban », vol. 1, Analyse des données In: Revue de géographie de Lyon. Vol. 49 n°4, 1974.
- **DAMAGE Mathilde et FELIX Caroline**, « La délicate évaluation du « coût social » du tabac », Le Monde, 27 septembre 2014. Disponible en ligne sur : www.lemonde.fr.
- **DEL SOL Marion**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT – Cotisations de sécurité sociale – Versement », JurisClasseur Protection sociale traité, 10 août 2008.
- **DELTEIL Pierre**, « La sécurité sociale : Quelques lignes d’histoire », CRHSS, n°7, septembre 2008. Disponible en ligne sur : <http://www.histoiresecump.fr/> (consulté le 20-09-2015).
- **Direction de l'information légale et administrative**, «Contributions sociales sur les revenus du capital», Mise à jour le 3-3-2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l’administration français : <http://vosdroits.service-public.fr>.

- **Direction de l'information légale et administrative**, « CSG et CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement : calcul et paiement », Mise à jour le 14.01.2015. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr>.
- **Direction de l'information légale et administrative**, « Couverture maladie universelle complémentaire : bénéficiaires et prestations », mise à jour le 28.09.2012. Disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr>.
- **Direction de l'information légale et administrative**, « Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) », mise à jour le 01.07.2012, disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr>.
- **Direction de l'information légale et administrative**, « L'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires s'applique uniquement aux PME », Publié le 27/09/2012, disponible en ligne sur le site officiel de l'administration française: <http://www.service-public.fr>.
- **Direction de l'information légale et administrative**, « Interdiction de fumer dans tous les lieux publics », site officiel de l'administration française, 16-11-2006. Disponible en ligne sur : <http://www.service-public.fr>.
- **DISANT Mathieu**, « La nature de la CSG rentre dans l'ordre constitutionnel », Constitutions 1.55/2013.
- **DORMONT Brigitte**, « LES DÉPENSES DE SANTÉ : Une augmentation salubre ? », Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, Paris, 2009.
- **DUPEYROUX Jean-Jacques**, « Sécurité sociale : adapter la nature des ressources à celle des dépenses », Le Monde, 21 septembre 1976.
- **EUZEBY Alain**, « Faut-il fiscaliser la sécurité sociale ? » Dr.Soc. 1978.
- **FOUCHARD- TESSIER Béatrice, MARTINEL Agnès**, « indemnités journalières de l'assurance maladie, les dernières évolutions de la jurisprudence de la Cour de cassation », Cité in RADÉ Christophe, DROIT SOCIALE, Revue mensuelle, janvier 2012, édit. Dalloz, 2012.
- **GREBER Pierre-Yves**, « Les droits nationaux, sources principales de la sécurité sociale en Europe », cité in : KAHIL-WOLFF Bettina et GREBER Pierre-Yves, *Sécurité sociale : aspects de droit national, international et européen*, Ed. Helbing & Lichtenhahn/ Bruylant/L.G.D.J., Paris 2006.

- **GREBER Pierre-Yves**, « le droit international de la sécurité sociale : un guide pour les États et un lien entre les systèmes », cité in : KAHIL-WOLFF Bettina et GREBER Pierre-Yves, *Sécurité sociale : aspects de droit national, international et européen*, éd. Helbing et Lichtenhahn, Bruylant 2006.
- **Groupe de travail sur la réforme des prélèvements obligatoires**, « Rapport de synthèse », La documentation Française, Paris, 31 Mai 1996. Disponible en ligne sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>.
- **HARRIBEY Jean-Marie**, « Quel financement de la protection sociale pour un développement de qualité ? », France, 2008. Disponible en ligne sur : <http://harribey.u-bordeaux4.fr>. (Consulté le 02-05-2014).
- **Haut-Commissariat aux droits de l'homme** : Fiche d'information N°16 (Rev.1), « le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ». Nations Unies. Genève, août 1996, P.2, disponible en ligne sur : <http://www.unhchr.ch>. [Consulté le 3-2-2012].
- **HERITIER Luc**, « la protection sociale des bénévoles et des volontaires », RFAS, octobre-décembre 2002, n°4, p. 83.
- **IMLOUL Sonia**, « La polygamie en France : une fatalité ? », Novembre 2009. Disponible en ligne sur : www.institutmontaigne.org. (Consulté le 19-2-2013).
- **JONIN David, KESSLER Francis**, « Le détachement à l'étranger et le droit de la protection sociale », SSL, n° 1207, 2005.
- **KAHIL-WOLFF Bettina**, *L'individu en tant que sujet de droit international public*, Revue de droit suisse, NF Band 116, 1997, I, Heft 2.
- **LAROQUE Pierre**, « sécurité sociale et assurance sociale », BHSS n° 13, 1985.
- **LAROQUE Pierre**, « le plan français de sécurité sociale », Revue française du Travail, avril 1946.
- **Le Monde**, « Divorcer ou vivre sans papiers : le dilemme des femmes de polygames », [Le Monde](http://www.lemonde.fr), 9 février 2002.
- **L'information internationale**, « la consommation du tabac, alcool et drogue au Liban », Lebanon knowledge development gateway, 22-12-2009. Disponible en ligne sur : <http://www.lkdg.org>.
- **MAGNIADAS Jean**, *Histoire de la sécurité sociale*, conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'institut CGT d'histoire sociale. Disponible en ligne sur : <http://www.ihs.cgt.fr>, [consulté le 23 novembre 2015].

- **MAILLE Didier, TROULIER Adeline, VOLOVITCH Pierre**, « l'aide médicale d'État : comment le droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », RDSS, 2005.
- **MARTEL Clément**, « Le « trou de la Sécu » expliqué en quatre points », Le Monde, 01-10-2014. Disponible en ligne sur : <http://www.lemonde.fr>.
- **MATH Antoine**, « l'envoi de migrants détachés dans le cadre de la libre prestation de service transfrontalière : quels risques pour la protection sociale ? », RDSS, 2005.
- **MILLET-URSIN Catherine**, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allègements de charges sociales. – Aides à l'emploi dans les zones défavorisées », 19 juin 2012, JurisClasseur Protection sociale Traité. Disponible en ligne sur : <http://www.lexisnexis.com>. (Consulté le 22-08-2014).
- **Ministère de l'Agriculture**, « les cotisations d'un exploitant agricole », 01.10.2013, disponible en ligne sur : <http://agriculture.gouv.fr>.
- **Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale**, « Pour sortir de la polygamie », 2002. Disponible en ligne sur : www.social.gouv.fr. (Consulté le 9-12-2013).
- **MOLLER Lars**, « L'alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 16-17-18, 7 mai 2013. Disponible en ligne sur : www.invs.sante.fr.
- **MOREAU Jean-Pierre**, « les monopoles sociaux, les directives européennes et le droit de la concurrence », Risques 1996.
- **MSA**, « les principes de calcul des cotisations des non-salariés agricoles », mis à jour le 03-01-2014, disponible en ligne sur : <http://www.msa.fr>.
- **MSA**, « le calcul de vos cotisations non salariées 2013 », octobre 2013, disponible en ligne sur : <http://www.msa.fr>.
- **NICOLAS Thierry et FVREAU Véronique**, « CSG des travailleurs frontaliers : la France condamnée », LES ECHOS, 17-03-2000. Disponible en ligne sur : <http://www.lesechos.fr>.
- **Observatoire français des drogues et des toxicomanies**, « Synthèse thématique : alcool », OFDT, 2014. Disponible en ligne sur : <http://www.ofdt.fr>.
- **OIT. Organisation Internationale du Travail**, CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU TRAVAIL (89^e session-2001) : Rapport VI : Sécurité

sociale. Questions, défis et perspectives. Bureau international du travail. Genève 2001.

- **PACHOUD Jeff**, « La fraude patronale s'élève à plus de 20 milliards d'euros », SOCIAL-ECO, 17 Septembre, 2014. Disponible en ligne sur : <http://www.humanite.fr>.
- **PALIER Bruno et BONOLI Giuliano**, « Entre Bismarck et Beveridge « Crises » de la sécurité sociale et politique(s) ». Cité In: Revue française de science politique, 45e année, n°4, 1995. Disponible en ligne sur : <http://www.persee.fr>.
- **PELLET Rémi**, « financement du régime général ; évolution de mode de financement ; régime juridique des ressources », jurisClasseur Protection sociale traité, 01- octobre- 2013. Disponible en ligne sur : <https://www.lexisnexis-com>.
- **PETAUTON Pierre**, « L'opération d'assurance : définition et principes », in Encyclopédie de l'assurance, Economica, 1997.
- **PISON Gilles**, « Population et Société », Insee, Numéro 454, Mars 2009. Disponible en ligne sur : <https://www.ined.fr>
- **PRETOT Xavier**, «Le droit à la sécurité sociale», cité in : Comité d'histoire de la sécurité sociale, *un siècle de protection sociale en Europe*, Edit. La Documentation française, Paris 2001.
- **PRETOT Xavier**, « Comment peut-on être travailleur indépendant ou quelques réflexions sur la loi Madelin », *Bull. soc.* FL, 8-9/1995.
- **RITTER Gerhard**, « La sécurité sociale en Allemagne de Bismarck à nos jours », cité in : Comité d'histoire de la sécurité sociale, *un siècle de protection sociale en Europe*, Edit. La Documentation française, Paris 2001.
- **SEGUIN Anne**, « Nature juridique de la contribution sociale généralisée », Dalloz SOCIAL/Droit de la sécurité sociale, 26 juillet 2012. Disponible en ligne sur : <http://www.dalloz-actualite.fr>.
- **TAQUET François**, « Quelques réflexions sur la loi Madelin », SSL, 1994.
- **TAURAN Thierry**, « Le contentieux relatif aux indemnités journalières de l'assurance maladie », *Dr. Soc.*, 2009, p. 592.
- **TAURAN Thierry**, « les principes caractéristiques des régimes spéciaux de sécurité sociale évolutions récentes, éléments de droit comparé et dimension sociologique », *Caisses prévoyance et retraite SNCF* 2006, n°10 p. 115.

- **TEYSSIE Bernard**, « Sur un fragment de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 », Dr. Soc., 1994.
- **TOULLIER Adeline**, « les tergiversations du droit de la protection sociale face à la polygamie », Revue Dr. Soc., n° 3, mars 2007.
- **VACHET Gérard**, « Commentaire de la loi Madelin », RDSS, 1995.
- **VERICEL Marc**, « Des incidences de la loi Madelin sur la qualification de salarié », ALD, 1995.
-, « L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiniques », mise en page le 31-03-2015. Disponible en ligne sur : <http://www.ameli.fr>.
-, « vers la fin de la CSG déductible ? », impôt sur le revenu, 25 mars 2014. Disponible en ligne sur : <http://impotsurlerevenu.org>.
-, « Droit de la sécurité sociale », Luxembourg, 2009, disponible en ligne sur : <http://www.mss.public.lu>.
-, « La protection sociale », disponible en ligne sur : <http://www.senat.fr>.
-, « Les reformes à l'étranger », disponible en ligne sur : <http://www.cor-retraites.fr>.
-, « Le contrat de professionnalisation », URSSAF, 1er janvier 2013. Disponible en ligne sur : www.urssaf.fr.
-, « Le contrat de professionnalisation », les fiches internet de la DGEFP, novembre 2011. Disponible en ligne sur : <http://www.emploi.gouv.fr>.
-, « RÉGIME GÉNÉRAL : FINANCEMENT. – Aides et allègements de charges sociales. – Allègement général de cotisations sociales patronales et aide aux très petites entreprises », JurisClasseur Protection sociale traité, 6 Avril 2012. Disponible en ligne sur : <https://www-lexisnexis-com>.
- « Rapport sur l'application de la législation des assurances sociales (statistiques du 1^{er} janvier 1943 au 31 décembre 1945), présenté à M. le président de la République par M. Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale », JO, Annexes administratives, 1947.

BIBLIOGRAPHIE DE LA LANGUE ARABE

Ouvrages

- **AL-GHRAYEB William**, *Collection « Sader » entre législation et jurisprudence, le Travail*, édit. Sader, Beyrouth, 2006.
- **CHOUFANI Najj**, *les bénéficiaires de la sécurité sociale libanaise*, tome 1, deuxième édition 1987.
- **CHOUFANI Najj**, *les bénéficiaires de la sécurité sociale libanaise : les ressources financières-les cotisations*, tome 3, 1991.
- **Collection « Sader » entre législation et jurisprudence, la sécurité sociale**, édit. Sader, Beyrouth, 2007.
- **GHAYAD Wissam**, *Résumé de la Loi libanaise du Travail*, édit. ALMAWASEM, 2006.
- **GHOLMIEH George Aziz**, *Droit du travail et de la sécurité sociale au Liban*. Édit Sader, Beyrouth 2010.
- **KIRAH Hassan**, *Les principes du droit du travail- le contrat du travail*, troisième édition, 1983.
- **MALLAT Hyam**, *La politique de protection sociale au Liban Evolution, situation et perspectives*, Beyrouth, 2004.
- **MANSOUR Mohammed Hussein**, *Le droit du travail au Liban et en Égypte*, 1995.
- **SALAMAH Rafic**, *Explication de la loi de la sécurité sociale*, Beyrouth, 1996.

Articles

- **ALAWY Mouhira**, « Faites service aux assurés et Unifiez le système d'assurance », journal Al-bayan, n° 89, 27 mai 2013. Disponible en ligne sur : <http://www.albayanlebanon.com>.
- **AZOURI JAMHOURI Layla**, « Les enfants dans la législation sociale libanaise et internationale », Journal AL-Chark Al- Adna, n° d'étit. 46, 1993.

- **Comité du budget et des finances**, « trois recommandations : Unification du système de sécurité sociale, modification de l'organisation de l'université libanaise, et distribution des fonds aux municipalités », journal Al-moustakbal, jeudi 29 août 2010, n° 3745, p. 6. Disponible en ligne sur : www.almustaqbal.com
- **Direction de la relation générale dans la caisse nationale de la sécurité sociale libanaise**, « les catégories bénéficiaires de la sécurité sociale », cité in : Observatoire libanais pour les droits des travailleurs et le personnel, disponible en ligne sur : <http://lebaneselw.com>.
- **El-OSTA Nada**, « Vieillesse de la population libanaise: démographie, évaluation sanitaire, et impact en santé bucco-dentaire », IAJD Vol. 2 – Issue 1. Disponible en ligne sur : <http://www.iajd.org>.
- **MOUHANNA Kamel**, « la sécurité sociale : réalité et solutions », Association médicale au Liban, Beyrouth, 12 décembre 2003. Disponible en ligne sur : <http://www.amelassociation.org>
- **SHATAH Mouhammad**, « l'unification du système de sécurité sociale: un objectif essentiel pour l'État », Réseau des médias arabe, 10 janvier 2009. Disponible en ligne sur : <http://ww.lahona.com>.

Emission Télé

Interview avec le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale au Liban, Dr. Mouhammad KARAKI, présentée par Nikola Hanna sur télé Liban, datée le 31-21-2012. Disponible en ligne sur le site officiel de la CNSS au Liban: <http://www.cnss.gov.lb/>. (Consultée le 27-05-2013).

INDEXE DE JURISPRUDENCE

FRANÇAISE

- Ass. Plén., 4 juin 1993, RJS 7/93, n° 806 (agriculteur membre d'un conseil d'administration).
- Ass. Plén. 27 février 1981, Bull. n° 1.
- Ass. Plén., 17 décembre 1966, Dr. Soc., 1966, 97.
- CE, 6 septembre 2006, JCP A, 2006, n° 1224.
- CE, 3 juin 1959, Mutuelle agricole du Loiret, Rec. CE, p. 341. Chambre mixte, 26 mai 1972, JCP E, 1972, II. 17221.
- Civ 2^é, 28 juillet 2010, RJS, 11/10, n° 885.
- Civ. 2^e, 11 mars 2010, RJS, 6/10, n° 548, rap. X. Prétot, Dr. Soc., 2010, p. 561.
- Civ. 2e, 6 mars 2008, JCP 2008, S, 1357, note T. TAURAN (catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou bénéficiaires commerciaux).
- Civ. 2^e, 22 février 2007, RJS, 6/07, n° 773.
- Civ. 2^e, 17 janv. 2007, n° 05-20.964. ; Cass. 2e civ., 14 févr. 2007, n° 06-10.913.
- Civ. 2^e 14 septembre 2006, RJS, 2006, n° 1217.
- Civ. 2^e, 18 janvier 2006, RJS, 2006, n° 491.
- Civ. 2^e, 13 décembre 2005, *Bull.* II, n° 320, JCP S, 2006, 1283, note D. Azquinazi-Bailleux, RDSS, 2006, 169, obs. P.-Y. Verkindt.
- Civ. 2^e, 20 septembre 2005, JCP E, 2006, 2129, n°1, obs. D. Azquinazi-Bailleux, RJS, 2005, n° 1249.
- Civ. 2^e, 21 juin 2005, RJS, 2005, n° 1028.
- Civ. 2^e, 3 mai 2005, Dalloz. 2005.
- Civ. 2^e, 8 mars 2005, RJS 5/05, n° 566 (salarié détaché).
- Civ. 2^e, 14 décembre 2004, RJS 3/05, n° 311.
- Civ. 2^e, 16 novembre 2004, TPS janvier 2005, n° 17.
- Civ 2^e, 6 avril 2004, RJS 6/04 n° 739 (profession de santé).
- Civ. 2^e, 2 mars 2004, RJS 5/04, n°595 (indicateur d'affaires).
- Civ. 2^e, 27 janvier 2004, TPS 4/04, n°119 (indicateurs d'affaires).
- Civ. 2^e, 18 novembre 2003, Bull. II, n° 338, RJS, 2004, n°101.

- Civ. 2^e, 16 septembre 2003, RJS 1/04, n° 102.
- Civ. 1989, V, n° 515 ; JCP G 1990, II, 21553, note Meunier.
- Civ 2^e, 3 juillet 1963, Bull. civ. II, n° 484.
- Civ. 2^e, 20 décembre 1961, Bull. civ. II, n° 901.
- Civ.2^e, 12 octobre 1960, Dr. Soc. 1961. 255, obs. P. Voirin.
- Civ. 2^e, 12 décembre 1956, Bull. II, n° 677.
- Civ. 2^e, 1^{er} juillet 1955, Dr. Soc. 1955.
- Conseil tribunal de travail, Beyrouth, jugement n° 550, daté le 17/5/1974, ensemble des jurisprudences en question de travail et sécurité sociale, GHANEM et ABOU NADER, 1974, p. 228.
- Conseil tribunal de travail, Beyrouth, jugement n° 915, daté le 3/11/1972, ensemble des jurisprudences des Conseils tribunaux du travail au Liban, GHANEM et BACHIR, 1972.
- Conseil tribunal de travail, Beyrouth n° 550/1974 et 915/1972.
- Crim., 18 janvier 1990, Tortay, RJS 5/90, n° 438.
- Soc. , 10 mai 2006, n° 04-53.319.
- Soc. 6 mars 2003, Dalloz, 2003, p.209, note J.-P. KARAQUILLO.
- Soc. 6 février 2003, RJS 4/03, n° 515 (artiste auteur).
- Soc. 10 octobre 2002, RJS 1/03, n° 73 (animateur de vente).
- Soc. 10 octobre 2002, RJS 12/02, n° 1429 (franchise).
- Soc. 4 juillet 2002, RJS 11/02, n° 1283.
- Soc. 29 janvier 2002, RJS 4/02, n° 387.
- Soc. 4 octobre 2001, RJS, 2001, n° 1454.
- Soc. 11 mai 2001, RJS 7/01, n° 913 (indicateurs d'affaires).
- Soc. 23 décembre 2000, Jurisp. UIMM 2001.60 (agents commerciaux).
- Soc. 31 octobre 2000, Jurisp. UIMM 2000.392 (administrateur de société).
- Soc. 20 avril 2000 RJS 6/00, n° 700 (mandataire d'assurances).
- Soc., 13 janvier 2000, *Bull. V*, n° 20, RJS, 2000, n° 573, JCP E, 2000, p. 401.
- Soc. 13 janvier 2000, RJS 5/00, n° 573 (médecins).
- Soc., 16 décembre 1999 : JurisData n° 1999-004531.
- Soc., 20 mai 1999, RJS, 1999, n°962.
- Soc. 15 avril 1999, RJS 6/99, n° 871.

- Soc. 11 février 1999, RJS 4/99, n° 571 (professions de santé, artisan-coiffeur).
- Soc. 5 février 1998, RJS, 1998, n° 361, JCP E, 1998, Pan., 545.
- Soc. 10 juillet 1997, RJS 10/97, n° 1172 ‘dirigeants de sociétés).
- Soc., 5 juin 1997, Assoc. Laïque pour l’éducation et la formation professionnelle des adolescents et autres c/ CMAS de la Creuse et autre, TPS 1997, comm. 252.
- Soc. 22 mai 1997, RJS 7/97, n° 862 (poseur d’affiches).
- Soc. 23 janvier 1997, RJS, 1997, n° 325.
- Soc. 16 janvier 1997, RJS, 1997, n° 326.
- Soc., 21 novembre 1996, CMSA Alpes de haute-Provence, TPS 1997, comm. 25.
- Soc. 13 novembre 1996, Dr. Soc., 1996, 1067, note J.-J. Dupeyroux, X. Prétot, *les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, édit. Dalloz, 1998, n° 11.
- Soc. 13 novembre 1996, RJS, 1996, n° 1316.
- Soc. 27 juin 1996, RJS 10 /96, n° 1103 (musiciens).
- Soc. 13 juin 1996, n° 94-11212.
- Soc. 13 juin 1996, RJS 10/96, n° 1091 (infirmières).
- Soc. 25 janvier 1996, *Bull. civ. V.* n° 31, RJS, 1996, n° 329.
- Soc., 30 novembre 1995, RJS 1/96, n° 64 (médecin).
- Soc. 21 juillet 1994, Question Séc. Soc., 1994, n° 12, note B. Peignot.
- Soc., 13 juillet 1994 : JurisData n° 1994-001441.
- Soc. 23 juin 1994, RJS, 1994, n° 1179, RDSS, 1995, 542, obs. G. Vachet.
- Soc. 16 juin 1994, RJS, 7/94, 899.
- Soc. 2 juin 1994, RJS, 1994, n° 928.
- Soc. 2 juin 1994, RJS 7/94, n°903.
- Soc. 31 mars 1994, n° 91-20.315 : JurisData n° 1994-000637.
- Soc. 14 mars 1994, RJS, 1996, n° 445.
- Soc., 27 janvier 1994, Jurisp. UIMM, mars 1994 p.110 travailleur à façon).
- Soc. 20 janvier 1994, RJS 3/94 (sous agents d’assurance).
- Soc., 16 décembre. 1993, n° 91-21.471 : JurisData n° 1993-002517.
- Soc. 21 octobre 1993, RJS 12/93, n° 1229 (médecin membre d’une commission de permis de conduire).
- Soc. 22 juillet 1993, RJS 10/93, n° 1020 (coureur motocycliste lié par un contrat de « sponsoring »).

- Soc. 11 février 1993, RJS 3/93, n° 309 (activité de rédaction, lié à l'exercice d'un sport).
- Soc. 11 février 1993, RJS 7/93, n° 783 (indicateur d'affaires).
- Soc. 17 décembre 1992, RSJ 2/93, n° 179 (remplacement d'un confrère).
- Soc. 17 décembre 1992, RJS 2/92, n° 182.
- Soc., 19 novembre 1992, RJS 1/93, n° 71.
- Soc. 15 octobre 1992, RJS 12/92, n° 1409.
- Soc. 24 septembre 1992, RJS 11/92, n° 1291.
- Soc. 2 juillet 1992, RJS, 1992, n° 1025.
- Soc. 18 juin 1992, RJS 7/92, n° 916 (contrôle médical au domicile du patient).
- Soc. 11 juin 1992, RJS, 7/92, 915.
- Soc. 14 mai 1992, RJS 6/92, n° 689.
- Soc. 5 mars 1992, RJS 3/92, n° 343.
- Soc. 27 février 1992, RJS 4/92, n° 494.
- Soc. 30 janvier 1992, RJS 3/92, n° 343 (médecins et kinésithérapeutes exerçant en clinique).
- Soc. 28 novembre 1991, RJS 1/92, n° 70.
- Soc. 21 novembre 1991, RJS 1/92, n° 67.
- Soc., 31 octobre 1991, CMSA de la Charente-Maritime c/ Montalembert, RJS 12/91, n° 1375.
- Soc. 10 octobre 1991, RJS 11/91, n° 1228.
- Soc. 23 mai 1991, RJS 7/91, n° 876 (correspondants locaux de compagnie d'assurance).
- Soc. 23 mai 1991, RJS 7/1991, n° 884.
- Soc., 23 mai 1991, RJS 7/91, n° 880 (médecin expert).
- Soc. 16 mai 1991, RJS 7/91, n° 879 (remplacement d'un confrère).
- Soc. 14 mars 1991, RJS 5/91, n° 621.
- Soc. 20 décembre 1990, RJS 2/91, n° 253.
- Soc. 20 décembre 1990, RJS, 1991, n° 242.
- Soc., 10 décembre 1990, RJS, 2/91 n° 241 (médecin expert).
- Soc., 6 décembre 1990, CMSA de la Haute-Marne c/ Baronick et autre, RJS 1/91, n° 94.

- Soc., 15 novembre 1990, n° 88-13. 185.
- Soc. 15 novembre 1990, RJS 1/91, n° 81 (médecins et infirmiers).
- Soc. 27 septembre 1990, RJS 10/90, n° 817.
- Soc., 17 mai 1990, Jurispr. Soc. UIMM, juillet 1990, p.299.
- Soc., 29 mars 1990, RJS 5/90, n° 423 (indicateurs d'affaires).
- Soc., 22 mars 1990, CAMPL c/ Desormeaux, RJS 5/90, n°439.
- Soc., 22 mars 1990, RJS 6/90, n° 253 (indicateurs d'affaires).
- Soc. 22 février 1990, RJS, n° 337.
- Soc., 8 février 1990, RJS 3/90, n°248 (moniteur de tennis).
- Soc., 25 janvier 1990, RJS 3/90, n° 247 (médecin-conseil de caisse de prévoyance).
- Soc. 11 janvier 1990, RJS 2/90, n°150 (expert-comptable).
- Soc., 21 décembre 1989, RJS 2/90, n°152 (moniteur de ski).
- Soc., 12 octobre 1989, RJS 11/89, n° 879 (crédit-bail de camion).
- Soc. 27 septembre 1989, RJS 10/89, n° 803 (franchisage).
- Soc. 27 septembre 1989, RJS 10/89, n° 802.
- Soc., 11 juillet. 1989 : Juris. Data n° 1989-002910.
- Soc., 14 juin 1989, CMSA de la Saône-et-Loire c/ Bouthier de la Tour, RJS 8-9/89, n° 727.
- Soc., 14 juin 1989, RJS 8-9/89, n°719 (kinésithérapeute ; orthophoniste).
- Soc., 1^{er} mars 1989, RJS 4/89, n° 384 (chirurgien- dentiste travaillant dans un dispensaire).
- Soc., 27 janvier 1988, Gouazou c/ URSSAF des côtes-du-Nord, Bull. civ. V n°79.
- Soc., janvier 1988, Ciret c/ URSSAF des Ardennes, Bull. Civ. V, n° 56, Dalloz 1988, somm. 285, obs. X. Prétot.
- Soc., 14 octobre 1987, CICA V de Seine-et-Marne c/ CMSA de paris et autre, Bull. Civ. V, n° 561.
- Soc., 6 mai 1987, Commune de Saint-Jores c/ CMAS de la Manche, Bull. Civ. V, n° 255.
- Soc. 11 mars 1987, Bull. V, n° 127.
- Soc., 4 mai 1983, Bull. Civ. V., n° 255.
- Soc. 19 janvier 1983, Bull. n° 22.
- Soc., 19 janvier 1983, Bull. Civ. V, n°20.

- Soc., 27 mai 1982, CMSA du Finistère et autres c/ Caisse artisanale bretonne d'assurance vieillesse et autre, Bull. Civ. V, n°310.
- Soc., 25 novembre 1981, Bull. Civ. V, n°910.
- Soc., 8 janvier 1981, CMSA de la Haute-Marne c/ Collon, Bull. civ V, n° 6.
- Soc., 28 avril 1980, Muller c/ CMSA du Haut-Rhin, Bull. civ. V, n° 362.
- Soc. 20 mars 1980, Bull. V, n° 213.
- Soc. 3 mars 1978, Jurisp. Soc. UIMM 1978.173.
- Soc., 18 février 1976, Bull. Civ. IV, n°96.
- Soc. 18 décembre 1975, Dalloz, 1975, 399.
- Soc. 1^{er} mars 1973, Rev. Crit., note P. Graulich ; Clunet, 1974.834, note de la Pradelle.
- Soc., 24 mai 1972, Bull. Civ. V, n° 371.
- Soc., 24 octobre 1968, Delaveau c/ Caisse d'allocations familiales de la région parisienne, Bull. civ. V, n° 458.
- Soc., 6 juin 1968, Bull. civ. V, n° 268.
- Soc. 27 mai 1968, Bull. V, n° 257.
- Soc. 1^{er} mars 1967, Bull. IV, n° 197.
- Soc. 26 octobre 1966, Bull. Civ. IV, n° 812.
- Soc., 19 octobre 1966, Bull. Civ. IV, n° 802.
- Soc. 27 octobre 1959, Bull. IV, n° 1068.

TABLE DE MATIÈRES

VERS UNE GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ OBLIGATOIRE AU LIBAN À LA LUMIÈRE DE L'EXPÉRIENCE FRANÇAISE.	9
SOMMAIRE.	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE.	17
PREMIÈRE PARTIE : UNE GÉNÉRALISATION PROGRESSIVE DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS « MALADIE-MATERNITÉ ».	31
TITRE 1 : LA SUCCESSION D'INFLUENCES SUR LES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE.	35
<i>Chapitre 1 : De la loi Bismarckienne à nos jours, en passant par le rapport de Beveridge.</i>	37
Section 1 : Du principe professionnel au principe universel.	38
Paragraphe 1 : Le principe professionnel.	38
A. La naissance des assurances sociales en Allemagne.	39
1. Les causes de la création de l'assurance sociale en Allemagne.	41
2. Les caractéristiques du système allemand.	42
B. La création de l'assurance maladie en 1883.	43
C. L'influence des lois bismarckiennes sur les pays du monde.	44
Paragraphe 2 : Le principe universel.	46
A. Le système de l'assurance sociale britannique.	47
1. L'insuffisance.	48
2. La complexité.	49
B. Le rapport de Beveridge.	50
1. L'universalité.	51
2. L'uniformité.	52
3. L'unité.	52
C. L'influence sur les autres systèmes du monde.	53
Section 2 : Vers un droit fondamental de l'homme.	54
Paragraphe 1 : L'Organisation des Nations Unies (ONU)	57
A. Les textes constitutifs.	57
B. Les textes de principe.	58
1. La Déclaration universelle des droits de l'homme.	59
2. Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.	60
3. La convention internationale relative aux droits de l'enfant.	62
4. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.	63
Paragraphe 2 : Les organisations internationales spécifiques au domaine de sécurité sociale.	64
A. L'organisation internationale du travail.	65
1. Les textes constitutifs.	65
2. Les textes de principe.	66
B. L'organisation mondiale de la santé.	68
<i>Chapitre 2 : La sécurité sociale dans les lois française et libanaise.</i>	71
Section 1 : Systèmes mixtes : des objectifs Beveridgiens avec des moyens Bismarckiens.	71
Paragraphe 1 : la création des systèmes de protection sociale.	72
A. La création du système de protection sociale en France.	73
1. L'assurance sociale en France.	73
2. la sécurité sociale en France.	75
a. La généralisation de la couverture.	76
b. L'unité du système.	77
B. La création de la sécurité sociale au Liban.	78
1. L'origine historique.	78
2. Le système libanais de 1963... Un système complet.	79
a. Les branches de la sécurité sociale.	79

b.	Le champ d'application.	81
Paragraphe 2 :	L'extension de la couverture d'assurance maladie-maternité obligatoire.	82
A.	La généralisation de la sécurité sociale française.	82
B.	L'élargissement du champ d'application de la loi de sécurité sociale libanaise.	87
1.	Les travailleurs libanais assujettis pour l'ensemble des branches d'assurances.	87
a.	Les travailleurs dans le secteur privé.	87
i.	Les salariés liés à un employeur déterminé.	87
ii.	Les salariés libanais non-rattachés à un employeur déterminé.	88
iii.	Les journalistes.	88
iv.	Les salariés agricoles permanents.	88
b.	Les travailleurs dans le secteur public.	89
2.	Les travailleurs libanais assujettis pour les branches d'assurance maladie-maternité et accidents du travail-maladie professionnelle en ce qui concerne les soins médicaux.	89
a.	Les fonctionnaires permanents de l'État.	89
b.	Les membres du corps enseignant des écoles privées.	90
3.	Les non-travailleurs libanais assujettis à la branche d'assurance maladie-maternité.	91
a.	Les étudiants.	91
b.	Les retraités	92
Section 2 :	l'universalisation de la couverture maladie-maternité.	93
Paragraphe 1 :	La France entre l'assurance maladie universel et la couverture maladie universelle.	94
A.	L'assurance maladie universelle : le plan Juppé.	94
B.	La préparation pour une couverture maladie universelle ; le rapport Boulard	94
Paragraphe 2 :	La couverture maladie universelle en France : plus qu'une réforme.	96
A.	Une couverture de base obligatoire à toute la population.	96
B.	La couverture maladie universelle complémentaire « CMUC ».	98
C.	Les limites de l'universalisation.	99
Paragraphe 3 :	La couverture maladie universelle au Liban : un rêve plus qu'une réalité.	100
A.	La multiplicité des acteurs d'assurance de santé.	100
B.	L'assurance facultative	101
C.	Des solutions proposées.	103
TITRE 2 :	L'ORGANISATION DE LA BRANCHE « MALADIE-MATERNITE » : ASSUJETTISSEMENT ET PRESTATION.	107
<i>Chapitre 1 :</i>	<i>un système obligatoire basé sur le principe de résidence, avec une modalité d'assujettissement selon des critères socioprofessionnels.</i>	<i>109</i>
Section 1 :	Le régime général.	109
Paragraphe 1 :	l'assujettissement sur critère de « dépendance ».	110
A.	Le droit positif de l'assujettissement obligatoire au régime général d'assurance maladie-maternité.	112
1.	Le lien de subordination.	112
a.	L'ingérence de l'employeur.	113
b.	La participation à un service organisé.	115
c.	Les indices subsidiaires de nature économique.	117
2.	L'exigence d'une rémunération.	118
3.	L'existence d'un contrat.	118
B.	La présomption de non-assujettissement.	119
Paragraphe 2 :	les personnes intégrées dans le régime général.	120
A.	Les personnes assimilées légalement aux travailleurs dépendants.	120
B.	Les personnes assujettis sur critère de résidence.	122
1.	La subsidiarité du critère de résidence.	122
2.	Les conditions de résidence entraînant l'affiliation au régime général.	123
C.	Les nationaux vivant à l'étranger.	125
Section 2 :	Les autres régimes sociaux.	127
Paragraphe 1 :	Le régime agricole.	127
A.	La notion d'activité agricole.	129
1.	Les activités agricoles par nature.	129
2.	Les activités agricoles par extension ou par détermination de la loi.	130
B.	La distinction entre le salarié et l'exploitant.	132
1.	L'affiliation des salariés agricoles et assimilés.	132
a.	Les salariés agricoles.	132
b.	Les travailleurs assimilés au régime des salariés agricoles.	133
2.	Les exploitants agricoles.	134

Paragraphe 2 : Les régimes spéciaux.-----	135
A. Des régimes basés sur des groupes professionnels variés. -----	137
B. Un avenir mystérieux.-----	140
Paragraphe 3 : Le régime social des indépendants.-----	141
A. Le champ d'application du RSI. -----	143
B. Les cas de pluri-activités.-----	144
Chapitre 2 : Dans la perspective d'une couverture complète et uniforme à toute la population.-----	147
Section 1 : Les prestations en nature.-----	147
Paragraphe 1 : Les ayants droit -----	148
A. Le conjoint de l'assuré. -----	150
1. L'égalité entre les hommes et les femmes. -----	150
2. L'égalité entre les épouses légitimes. -----	151
B. Les enfants de l'assuré. -----	152
1. La condition de l'âge limite.-----	153
2. Le caractère légitime des enfants.-----	154
C. Les ascendants, descendants, collatéraux et alliés de l'assuré. -----	155
D. La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).-----	156
E. Personne vivant maritalement avec l'assuré.-----	157
F. Personne vivant avec l'assuré. -----	158
Paragraphe 2 : L'étendue de la couverture. -----	158
A. Les actes couverts.-----	159
1. En cas de maladie.-----	159
2. En cas de maternité. -----	161
B. Le reste à charge de l'assuré social. -----	162
1. Les formes de la participation aux frais. -----	163
2. L'exonération de la participation. -----	168
Section 2 : les prestations en espèce.-----	169
Paragraphe 1 : L'indemnité maladie. -----	170
A. l'indemnité journalière. -----	172
1. La période indemnisée. -----	173
2. Le montant de l'indemnité assurée. -----	174
B. L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. -----	175
Paragraphe 2 : L'indemnité de maternité. -----	176
A. Le congé de maternité. -----	177
B. Le congé de paternité.-----	178
C. Le congé d'adoption.-----	179
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.-----	181
DEUXIÈME PARTIE : LE MODE DE FINANCEMENT ADAPTÉ À LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE	
« MALADIE-MATERNITÉ ».-----	183
TITRE 1 : LES COTISATIONS SOCIALES : UN MODE DE FINANCEMENT D'UN SYSTEME PROFESSIONNEL. -----	187
Chapitre 1 : La généralisation du mode de financement par cotisation. -----	189
Section 1 : Les cotisations sociales des régimes des salariés. -----	189
Paragraphe 1 : Une assiette des cotisations étendue.-----	189
A. Les avantages en argent. -----	190
1. Les montants inclus dans l'assiette de cotisation. -----	190
a. Les salaires et assimilés.-----	190
i. Le salaire de base.-----	191
ii. Les montants assimilés à un salaire. -----	191
b. Les indemnités et assimilés.-----	198
2. Les montants exclus de l'assiette des cotisations.-----	198
a. Les sommes versées par le système de sécurité sociale.-----	199
i. Les indemnités payées en cas de maladie, maternité et accidents de travail. -----	199
iii. Les allocations familiales. -----	200
b. Les sommes versées par l'employeur. -----	201
B. Les avantages en nature. -----	203
1. La nourriture.-----	205
2. Le logement.-----	207
Paragraphe 2 : Un taux de cotisation uniforme.-----	208

A.	Le principe de partage.	209
B.	Responsabilité du règlement des cotisations.	209
Section 2 :	Les cotisations sociales des autres assujettis.	210
Paragraphe 1 :	les cotisations des travailleurs indépendants.	211
A.	Les cotisations des travailleurs non salariés-non agricoles.	211
1.	Le caractère provisionnel des cotisations.	213
a.	Les cotisations des deux premières années d'activité.	214
b.	Les cotisations minimales dès la troisième année d'activité.	215
2.	L'assouplissement via un revenu estimé.	217
B.	Les cotisations des exploitants agricoles.	218
Paragraphe2 :	Les cotisations à base forfaitaires adoptées pour des catégories spécifiques.	222
A.	Le principe forfaitaire : une solution pour les cotisants à revenus incalculables.	223
1.	La détermination des cotisations via une somme forfaitaire.	223
2.	La détermination des cotisations via une assiette forfaitaire.	224
B.	Le principe forfaitaire : un mode de réduction des frais sociaux.	225
<i>Chapitre 2 :</i>	<i>l'ajustement du mode de financement par cotisations à la généralisation de la couverture.</i>	<i>227</i>
Section 1 :	l'évaluation du mode de financement par les cotisations sociales.	227
Paragraphe 1 :	les aspects positifs.	227
A.	Un mode de financement adéquat à des prestations proportionnelles au salaire.	228
B.	Un mode de financement renforçant la solidarité financière et gestionnaire entre les employeurs et les salariés.	229
Paragraphe 2 :	les aspects négatifs.	230
A.	Les cotisations sociales : Une charge alourdissant le coût du travail.	230
B.	Les cotisations sociales : un mode inéquitable pour les salariés les plus modestes.	232
C.	Les cotisations sociales : un mode incompatible à la généralisation de la couverture.	233
Section 2 :	l'évolution du mode de financement par les cotisations sociales.	234
Paragraphe 1 :	L'élargissement de l'assiette des cotisations.	234
A.	La notion du plafonnement: du plafond d'affiliation au plafond de cotisations.	235
B.	Le déplafonnement des cotisations de l'assurance maladie-maternité.	238
Paragraphe 2 :	Le phénomène d'exonération et d'allègement des cotisations de la sécurité sociale.	240
A.	Les dispositifs d'exonérations et d'allègements des cotisations.	240
1.	Exonération au titre des contrats aidés.	240
a.	Les allègements en faveur des jeunes employés.	241
i.	Les contrats d'apprentissage.	241
ii.	les contrats de professionnalisation.	242
b.	Les allègements en faveur des chômeurs de longue durée.	244
2.	Exonération dans des zones géographique défavorisées.	245
a.	Les zones de redynamisation urbaine et zones de redynamisation rurale (ZRU et ZRR).	246
i.	La détermination des ZRU et ZRR.	246
ii.	Le régime d'exonération de cotisations appliqué aux ZRU et ZRR.	247
b.	Les zones franches urbaines (ZFU).	248
c.	Les bassins d'emploi à redynamiser (BER).	249
d.	Les zones de recherche et de développement (ZRD).	250
3.	La réduction générale de cotisations : « réduction Fillon ».	251
B.	La compensation des exonérations et allègements de cotisations.	253
TITRE 2 :	LA FISCALISATION : UN MODE DE FINANCEMENT COMPATIBLE A UN SYSTEME UNIVERSEL.	255
<i>Chapitre 1 :</i>	<i>les principaux instruments du processus de fiscalisation.</i>	<i>257</i>
Section 1 :	La contribution sociale généralisée.	257
Paragraphe 1 :	Le cadre juridique de la contribution sociale généralisée.	259
A.	Une nature juridique « duale » de la CSG.	259
B.	Un prélèvement partiellement déductible au regard de l'impôt sur le revenu.	262
Paragraphe 2 :	La composition de la contribution sociale généralisée.	265
A.	La contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement.	266
1.	Les salaires et revenus assimilés.	266
2.	Les revenus professionnels non-salariés.	267
3.	Les revenus de remplacement.	268
B.	La contribution sociale sur les revenus de patrimoine.	269
C.	La contribution sociale sur les produits de placement.	270

D.	La contribution sociale sur les produits réalisés à l'occasion de jeux.	271
Section 2 :	La contribution au remboursement de la dette sociale.	272
Paragraphe 1 :	Le déficit de la branche d'assurance maladie.	273
A.	L'évolution du déficit de l'assurance maladie.	273
B.	L'explication du déficit de l'assurance maladie.	275
1.	Les causes conjoncturelles.	275
2.	Les causes structurelles exogènes.	276
a.	Le vieillissement de la population.	277
b.	Les progrès médicaux.	278
3.	Les causes structurelles endogènes.	279
Paragraphe 2 :	La liquidation des déficits cumulés.	280
A.	La création de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.	281
B.	Les caractéristiques de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.	282
<i>Chapitre 2 :</i>	<i>La fiscalisation appliquée à titre subsidiaire.</i>	<i>285</i>
Section 1 :	Les taxes pénalisantes les comportements coûteux.	285
Paragraphe 1 :	La taxe sur les tabacs.	286
A.	L'impact du tabac sur la facture sanitaire.	287
B.	L'affectation du droit de consommation sur le tabac à la sécurité sociale.	289
Paragraphe 2 :	La taxe sur les boissons alcooliques.	290
A.	L'impact de l'alcool sur la facture sanitaire.	291
B.	La notion de « droits alcools ».	295
Section 2 :	Les taxes responsabilisant les activités en relation directe avec l'assurance maladie.	297
Paragraphe 1 :	Taxation de l'industrie pharmaceutique.	297
A.	La taxe sur les grossistes répartiteurs.	298
B.	La taxe sur la publicité pharmaceutique.	298
C.	La taxe à la charge des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques.	300
D.	La taxe à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution de produits de santé.	301
Paragraphe 2 :	les taxes dues par le secteur d'assurance privée.	301
A.	La taxe sur les contrats d'assurance maladie.	301
B.	La taxe sur les primes d'assurance automobile.	302
C.	Taxe sur les cotisations et primes d'assurance complémentaire santé.	303
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.		305
CONCLUSION GÉNÉRALE.		307
BIBLIOGRAPHIE		313
IDEXE DE JURISPRUDENCE		329
TABLE DE MATIÈRES		337